
Gasto y Financiamiento de la Salud en Chile y en Isapres
Composición del Gasto en Prestaciones y Licencias Médicas en Isapre 2012-2017

(Cifras en pesos chilenos)

Isapres de Chile A.G.¹

Agosto 2018

¹ Informe preparado por Constanza Forascepi, economista PUC, a cargo del departamento de estudios de la Asociación de Isapres A.G.

RESUMEN EJECUTIVO

La salud, es una de las principales fuentes de gasto de los países, tanto a nivel individual como a nivel gubernamental. Hacia delante, sólo se puede esperar que el gasto en salud siga creciendo, pues es imposible frenar los factores que están llevando cada día a los pacientes a demandar más y mejor salud: el envejecimiento de la población, la rápida incorporación de nuevas tecnologías médicas, el crecimiento económico y los cambios en los estilos de vidas.

Chile, no es inmune a los factores demográficos y económicos que presionan al alza - a nivel mundial- los costos en salud asociados a prestaciones, a lo que se suma, en el caso de nuestro país, que los seguros de salud Fonasa (público) e Isapres (privados), deben hacerse cargo, adicionalmente, del pago SIL proveniente de licencias médicas de origen curativas (enfermedades comunes), gasto que se ha visto presionado al alza por un aumento en los días solicitados de licencias y por un incremento en las remuneraciones y topes imponibles.

En la sección I, se muestra que los países a nivel mundial enfrentan un panorama creciente de costos de salud, costos que crecen por sobre la expansión de las economías y la inflación, y que se ven presionados al alza por variables que los seguros no pueden controlar. En la sección II, se analizan los costos y gastos que enfrentan las Isapres y su financiamiento, para en la sección III, mostrar los factores que presionan al alza los costos de salud de las Isapres, separando el análisis del costo de prestaciones por tipo de beneficiario, del análisis del gasto SIL por tipo de cotizante. Para ambos casos, se estudia el comportamiento de gasto de acuerdo con el sexo y edad de los beneficiarios y cotizantes. En la sección IV, se presentan los principales resultados y conclusiones de este estudio.

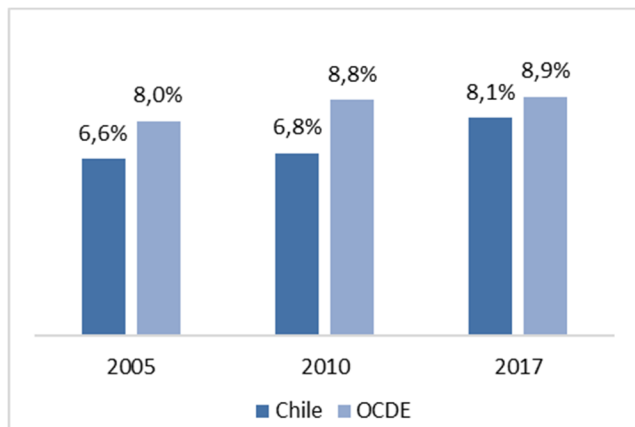
TABLA DE CONTENIDOS

I.	COSTOS CRECIENTES DE LA SALUD _____	1
II.	COSTOS Y GASTOS QUE ENFRENTAN LAS ISAPRE Y SU FINANCIAMIENTO _____	7
II.1	Evolución de los costos de salud y GAV como porcentaje de la cotización _____	7
II.2	Evolución de los costos de salud y GAV entre los años 2012 y 2017 _____	9
II.3	Evolución de los costos de salud y GAV per cápita entre los años 2012 y 2017 _____	11
III.	FACTORES QUE PRESIONAN AL ALZA LOS COSTOS DE SALUD _____	14
III.1	Análisis de los Costos en Prestaciones en Isapres _____	14
III.1.1	<i>Crecimiento costos en prestaciones totales y por beneficiario (2012-2017)</i> _____	14
III.1.2	<i>Factores detrás del incremento del costo en prestaciones</i> _____	16
III.1.3	<i>Incidencia del mayor uso sobre el gasto en prestaciones por beneficiario</i> _____	18
	<i>Análisis por sexo y edad de beneficiarios</i> _____	18
III.2	Análisis del Gasto SIL en Isapres _____	24
III.2.1	<i>Crecimiento del gasto SIL total y por cotizante activo (2012-2017)</i> _____	25
III.2.2	<i>Factores detrás del incremento del gasto SIL</i> _____	27
III.2.3	<i>Incidencia del mayor uso y remuneraciones sobre el gasto SIL por cotizante</i> _____	28
	<i>Análisis por sexo y edad de cotizantes</i> _____	28
IV.	CONCLUSIONES _____	31
V.	REFERENCIAS _____	37

I. COSTOS CRECIENTES DE LA SALUD FENÓMENO MUNDIAL DEL CUAL CHILE NO ESTÁ EXENTO

La salud, es una de las principales fuentes de gasto de los países, tanto a nivel individual como a nivel gubernamental. En las últimas décadas, el gasto en salud en el mundo se ha elevado por sobre la expansión de las economías y la inflación, además de constituir una parte cada vez mayor del PIB de los países. Usando estadísticas de salud OCDE, en la Figura 1 se aprecia como en Chile el gasto en salud pasó de representar un 6,6% del PIB en el año 2005 a representar un 8,1% del PIB en el 2017, acercándose al promedio de los países de la OCDE (8,9% del PIB).

Figura 1. Gasto en Salud de Chile y OCDE (como porcentaje PIB)



Fuente: Elaboración propia en base a información de la OCDE, Health Statistics, 2018.

Hacia delante, sólo se puede esperar que el gasto en salud siga creciendo, pues es imposible frenar los factores que están llevando cada día a los pacientes a demandar más y mejor salud: el envejecimiento de la población, la rápida incorporación de nuevas tecnologías médicas, el crecimiento económico y los cambios en los estilos de vidas. El *Global Health Care Outlook 2018 de Deloitte*, proyecta que entre los años 2015 y 2020, el gasto para el cuidado de la salud a nivel mundial aumentaría en un 24% (4,5% promedio anual), desde 7 a 8,7 trillones de dólares.

De acuerdo con el Boletín Fonasa 2014-2015 (último dato disponible para Fonasa), **en Chile los recursos destinados a salud** – que incluye cotización legal y voluntaria para salud, cotización mutuales, pago de otros seguros de salud, aporte fiscal y gasto de bolsillo (copagos y adquisición de medicamentos)- **se han duplicado en los últimos 10 años**

(2005-2015), alcanzando **\$14,9 billones² de pesos en el 2015**, incrementándose en promedio 8,5% real anual.

En Chile, los ingresos públicos³ para salud comprenden la cotización legal de trabajadores adscritos a Fonasa más los aportes fiscales (institucionales y municipales), mientras que los ingresos de las Isapres (o privados) corresponden a la cotización legal de trabajadores que optan por asegurar su salud en Isapre más la cotización adicional voluntaria realizada por ellos. **Estos ingresos financian los gastos de salud de los beneficiarios adscritos a cada sistema, los que corresponden al pago/reembolso de atenciones médicas y al pago SIL⁴**. Cabe señalar, que Chile, no es inmune a los factores demográficos y económicos que presionan al alza -a nivel mundial- el gasto en prestaciones, a lo que se suma que el gasto SIL se ve presionado al alza tanto por un incremento en el número de días solicitados de licencias, como por el alza en las remuneraciones y topes imposables.

Siguiendo la definición anterior y usando datos del Boletín Fonasa 2014-2015 (último dato disponible para Fonasa), se tiene que **los ingresos de Fonasa e Isapre alcanzaron en conjunto \$9 billones de pesos en 2015, de los cuales \$7,8 billones (87%) se destinaron a financiar exclusivamente los gastos en salud de sus beneficiarios**, creciendo ambos ítems, en promedio, en torno a 8% real anual en los últimos 5 años (9,5% en promedio los últimos 10 años).

² Millones de millones de pesos.

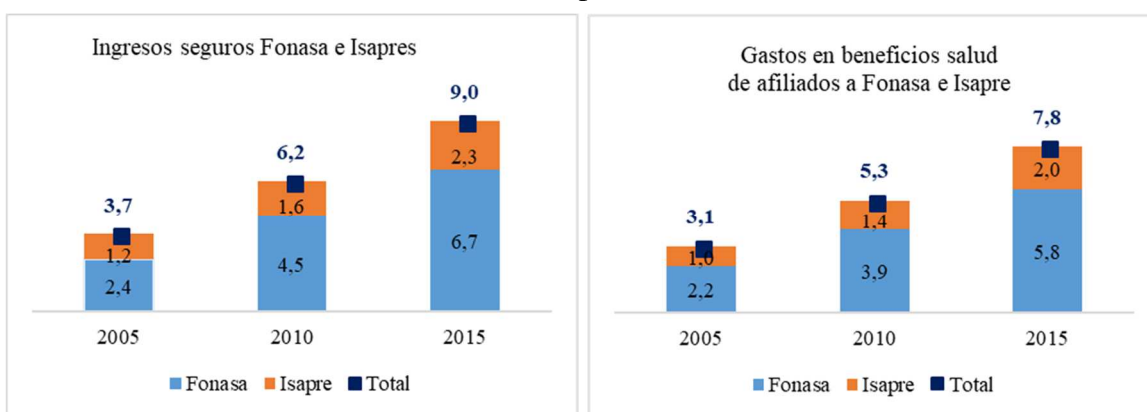
³ Organismos internacionales de la salud, como la OCDE, incluyen dentro de los ingresos públicos la cotización legal para salud de todos los habitantes de un país, es decir, en el caso de Chile cuando la OCDE habla de gasto/financiamiento público incluye la cotización legal de Isapre. En este contexto, según la definición anterior, los \$14,9 billones de pesos en salud que registró Chile en 2015, correspondieron a \$8,3 billones de gasto público (cotización legal Fonasa e Isapre, cotización mutuales y aportes fiscales) y \$6,6 billones de gasto privado (gasto de bolsillo más cotización adicional voluntaria de Isapre y pago de otros seguros de salud), incrementándose en promedio 8,5% real anual el gasto total en salud, impulsado por un crecimiento promedio de 9,4% anual del gasto público y de 7,5% del gasto privado en salud

Sin embargo, en Chile, si bien los trabajadores están obligados a cotizar para salud (cotización legal corresponde a un 7% de ingresos), esta cotización es de propiedad del cotizante, el que elige en que sistema adscribirse. Si el cotizante se adscribe en una Isapre, la cotización legal será usada para financiar prestaciones y licencias médicas en el sector privado de salud, por lo que la cotización que va a Isapre se considera en este estudio como parte del financiamiento privado de salud.

⁴ SIL, subsidio por incapacidad laboral, pago del salario (hasta tope imposable) y de cotizaciones previsionales mientras los trabajadores se encuentren con licencias médicas de origen curativas (enfermedades comunes).

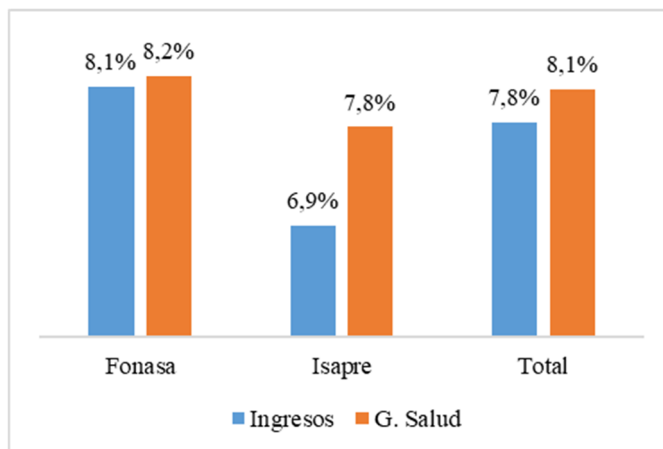
En particular, en el año 2015, **Fonasa** registró ingresos por \$6,7 billones de pesos (\$1,8 billones cotización legal (27%) y \$4,9 billones aporte fiscal (73%)), de los cuales se destinaron \$5,8 billones a pagar los gastos en salud de sus beneficiarios (\$5,2 billones en prestaciones de salud y \$0,6 billones en pago SIL). En los últimos 5 años (2010-15) **los ingresos y gastos de Fonasa han crecido a una tasa promedio similar**, de 8% real anual. Por su parte, en igual periodo, las **Isapres** recibieron ingresos por \$2,3 billones de pesos (\$1,6 billones cotización legal (72%) y \$0,6 billones cotización adicional voluntaria (28%)), de los cuales se destinaron \$2,0 billones a pagar beneficios de salud de sus afiliados (\$1,6 billones en prestaciones médicas y \$0,4 billones en pago SIL). En los últimos 5 años (2010-15), **los ingresos de las Isapres se han elevado en menor proporción que los gastos**, 7% en promedio real anual, mientras que los gastos 8% en igual período. Ver Figura 2a y 2b.

Figura 2a. Chile: Ingresos y Gastos en Salud de Fonasa e Isapres
(billones de pesos de 2015)



Fuente: Elaboración propia en base a información Boletín Fonasa 2014-2015.

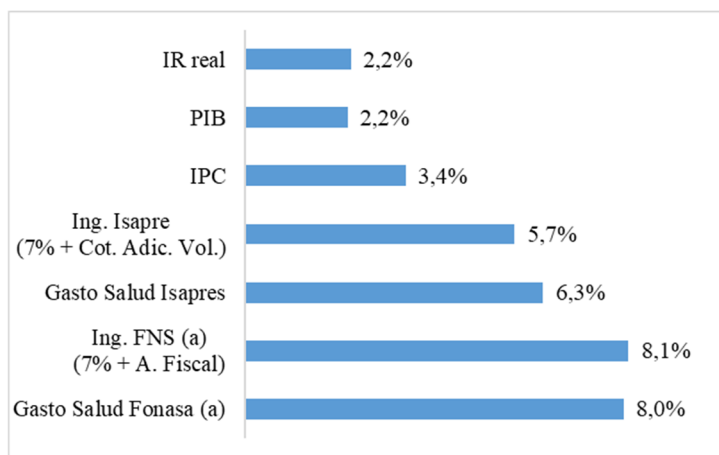
Figura 2b. Crecimiento Ingresos y Gastos en Salud de Fonasa e Isapres
(promedio real anual últimos 5 años, 2010-2015)



Fuente: Elaboración propia en base a información Boletín Fonasa 2014-2015.

En Chile, al igual que en el resto de los países de ingresos medios-altos, **los gastos de salud crecen a una tasa mayor que el alza del IPC, por sobre el crecimiento de las remuneraciones y por sobre el crecimiento del PIB** (Figura 3). En efecto, entre los años 2012 y 2017, en promedio, el gasto de salud de Isapres se elevó en términos reales anuales, 6,3% y el gasto de salud de Fonasa en torno al 8%⁵, mientras que el IPC, el índice real de remuneraciones y el PIB, crecieron a tasas promedio de 3,4%, 2,2% y 2,2% real anual, respectivamente. Lo anterior corrobora que en Chile los gastos asociados a los beneficios de salud crecen muy por sobre lo que lo hacen los precios, las remuneraciones y el PIB, **incluso, en el período analizado, los costos de las Isapres se elevaron por encima de la tasa de crecimiento promedio de sus ingresos** que fue de 5,7%. Por su parte, en el caso de Fonasa, los ingresos crecieron a una tasa promedio de 8,1%⁴ -impulsado por el crecimiento del aporte fiscal que representa el 70% de sus ingresos-, muy similar al crecimiento de su gasto.

⁵ En el caso de Fonasa, los últimos datos disponibles son al 2015, por lo que se usa el crecimiento promedio 2010-2015.

Figura 3. Crecimiento promedio real anual, años 2012-2017

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas BCCH, Fonasa, INE, SIS. (a) El período analizado corresponde a los años 2012-2017, con excepción de los datos de Fonasa que se mide el período 2010-2015, debido a que es la última información disponible.

Nota: El gasto Salud comprende las prestaciones médicas más el SIL. El aporte fiscal comprende el aporte fiscal interinstitucional (MINSAL, FFAA y de Orden, MINEDUC) y el aporte municipal.

Siguiendo con la información del Boletín Fonasa 2014-2015 (último dato disponible para Fonasa), en Fonasa el gasto en atenciones de salud (incluye MAI y MLE) por beneficiario⁶ fue de \$33.080 promedio mensual en 2015 (\$396.959 anual) y el gasto en licencias médicas por cotizante con derecho a licencia médica fue de \$11.400 promedio mensual (\$ 136.840 anual). Con ello, el gasto en salud de Fonasa per cápita promedio fue de \$44.483 mensuales en 2015, elevándose un 7% promedio real anual en los últimos 5 años que se tiene registro (2010-2015). En tanto, de acuerdo con las estadísticas de la Superintendencia de Salud, en Isapres el gasto en atenciones de salud por beneficiario registró un promedio mensual de \$ 38.620 en el año 2015 (\$463.890), mientras que el gasto en licencias médicas por cotizante con derecho a licencia médica fue de \$20.670 promedio mensual (\$ 248.000 anual). Con ello, el gasto per cápita en salud de Isapre fue de \$59.280 mensuales en 2015, elevándose un 3,7% promedio real anual entre 2010 y 2015. En el caso de Isapre, se cuenta con información al 2017, la cual será analizada en la sección II, pero con el fin de comparar con Fonasa es que se presentó la información al año 2015.

Los resultados anteriores muestran, que para el año 2015, **la cápita para prestaciones médicas de Isapre, es 1,2 la de Fonasa, es decir, el gasto per cápita en**

⁶ Se estandariza por el número de beneficiarios de cada sistema para aislar la influencia del efecto cantidad sobre el costo. En el 2015 Fonasa contaba con 13.256.173 beneficiarios (80%), mientras que las Isapres con 3.410.487 (20%).

atenciones de salud son muy similares entre sistemas. Por el contrario, la cápita SIL es de casi el doble en Isapre que Fonasa, básicamente, por las diferencias de ingresos entre los cotizantes. En la Tabla 1 se sintetizan las cápitales mensuales de ambos sistemas.

Tabla 1. Cápita Mensual de Fonasa e Isapres en Atenciones Médicas y SIL (año 2015)

	Fonasa (a)	Isapre (b)	Isapre/Fonasa
Cápita atenciones	\$33.080	\$38.616	1,2
Cápita SIL	\$11.403	\$20.667	1,8
Cápita salud total	\$44.483	\$59.282	1,3

Fuentes: (a) Elaboración propia en base a Boletín Fonasa 2014-2015 (último dato disponible) y (b) Superintendencia de Salud.

Notas: La cápita atenciones corresponde al gasto en atenciones de salud dividido por el número de beneficiarios. La cápita SIL corresponde al gasto SIL dividido por el número de cotizantes con derecho a pago licencia médica.

En los últimos años, el ratio de gasto per cápita para atenciones médicas Isapre/Fonasa se ha estrechado sostenidamente, pasando de 3 en la década de los noventa, a 2 a inicios del 2000, para ubicarse en la actualidad cerca de 1. Ello significa, que **hoy las cápitales para atenciones de salud en ambos sistemas son similares y son cercanas a \$40 mil mensuales.** Los resultados anteriores, develan la urgente necesidad de revisar la institucionalidad de la red pública de atención. Sin modernizar la gestión en el sector público, es imposible que éste, con los mismos recursos per cápita, otorgue los mismos beneficios (en tiempos de espera, calidad y oportunidad) que hoy el sector privado otorga a sus beneficiarios.

II. COSTOS Y GASTOS QUE ENFRENTAN LAS ISAPRE Y SU FINANCIAMIENTO

Las Isapres incurren tanto en gastos relacionados al financiamiento de los beneficios de salud de sus afiliados como en gastos para operar su sistema. Los gastos inherentes a la salud de los beneficiarios se conocen como los **costos de salud**, técnicos u operacionales y corresponde a aquellos incurridos por concepto de reembolso de prestaciones médicas y licencias médicas. Por su parte, los **gastos de administración y venta** corresponden a los gastos necesarios para operar las Isapres y prestar servicios de atención y de venta de planes a sus usuarios.

En el sistema Isapre, el financiamiento de estos costos y gastos proviene en un 100% de la cotización de sus afiliados, también conocido como ingreso operacional. Este ingreso que está constituido en un 70% por la cotización legal de salud (7% remuneración con tope imponible) y en un 30% por la cotización adicional voluntaria.

A continuación, se presenta un análisis de los costos y financiamiento del sistema Isapre (Isapres abierta y cerradas).

II.1 Evolución de los costos de salud y GAV como porcentaje de la cotización

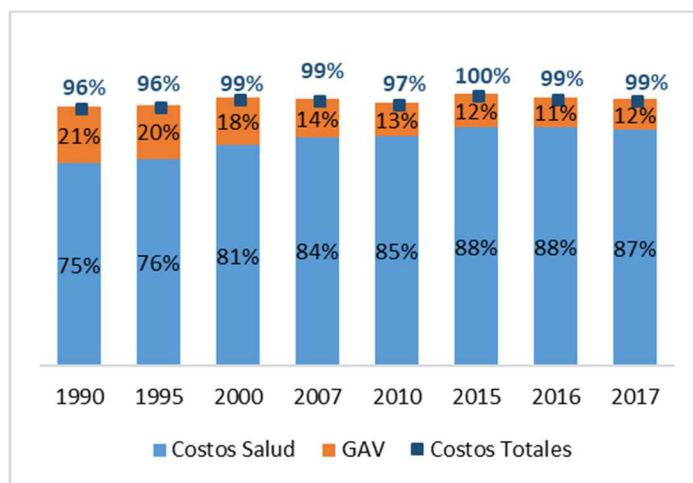
De acuerdo con la información financiera de las Isapres publicada por la Superintendencia de Salud (Figura 4a), **en el año 2017 de las cotizaciones recibidas por las Isapres, un 87% se destinó a financiar beneficios en salud: 69% en reembolsos y 18% a pago de licencias médicas; mientras que un 12% de las cotizaciones se destinaron a financiar los GAV**. De este modo, **las Isapres devuelven en beneficios y servicios de salud prácticamente la totalidad de lo pagado por sus afiliados** (Figura 4a y 4b).

De lo anterior se desprenden dos conclusiones importantes. La primera, **es que con la cotización legal no alcanzan a cubrir los costos en salud** (Figura 4c). La segunda, es que en los últimos años **la utilidad de las Isapres ha provenido del resultado no operacional** (ganancias financieras) **y no de la cotización de sus afiliados**, y pese a ello la utilidad del año 2017 fue de 1,3% de los ingresos (Figura 6b), lo que desde ningún punto de vista está fuera de lo normal.

En la Figura 4a, en tanto, se observa la evolución de los gastos en salud y GAV como porcentaje de la cotización (siniestralidad). Mientras costos en salud se han elevado 12 puntos porcentuales desde el año 1990, los GAV se han reducido 9 puntos porcentuales como porcentaje de los ingresos. Lo anterior no es de extrañar, pues los costos en salud se elevan, principalmente, por causas que las Isapres no pueden controlar, como el mayor uso de prestaciones y licencias médicas por parte de los beneficiarios, aumentos de precios de prestaciones y salarios (pago SIL), mejoras tecnológicas y cambios demográficos (envejecimiento); mientras que los GAV son más controlables por las Isapres y los datos muestran como han sido capaces las Isapres de contenerlos.

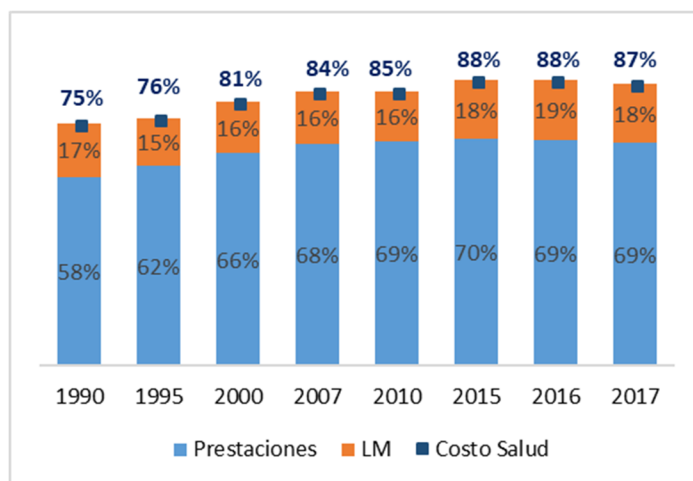
En suma, **cada vez se destina una mayor cantidad de recursos para el pago de beneficios en salud**, lo que se refleja en el aumento que ha mostrado la participación de los costos de salud sobre el ingreso de las Isapres (Figura 4b).

Figura 4a. Costos de salud y GAV Isapres (porcentaje cotización total)



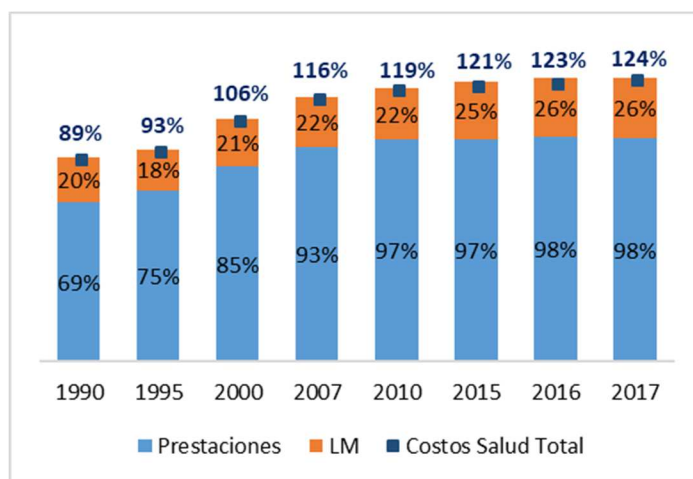
Fuente: Elaboración propia en base a las estadísticas financieras de las Isapres publicada por la SIS.

Figura 4b. Costos de salud Isapres (porcentaje cotización total)



Fuente: Elaboración propia en base a las estadísticas financieras de las Isapres publicada por la SIS.

Figura 4c. Costos de salud y GAV Isapres (porcentaje cotización legal)



Fuente: Elaboración propia en base a las estadísticas financieras de las Isapres publicada por la SIS.

II.2 Evolución de los costos de salud y GAV entre los años 2012 y 2017⁷

En los últimos 10 años (2007-2017), los costos de salud totales se han duplicado, pasando de \$1.187 mil millones a \$2.293 mil millones en términos reales (en pesos 2017), lo que ha implicado un crecimiento real promedio de 6,8% anual.

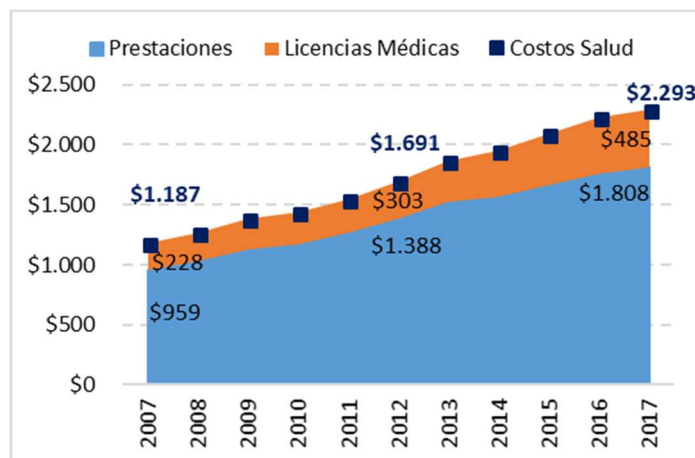
Ahora bien, tomando un período de 5 años, entre 2012 y 2017, se tiene que los costos de salud se elevaron en promedio 6,3% real anual, pasando de \$1.691 mil

⁷ Se toma un período de 5 años, debido a que a partir del año 2012 cambia la forma en que se construyen los estados financieros de las Isapres, utilizándose desde ese año las normas IFRS de contabilidad (antes PCGA).

millones a **\$2.293 mil millones**, en pesos de 2017. En particular, en dicho período, el costo de las prestaciones se elevó en promedio 5,4%, mientras el pago de licencias médicas 9,8% real anual, alcanzando en el año 2017, \$1.808 mil millones y \$485 mil millones, respectivamente (Figura 5a). Por su parte, **los GAV se han elevado en promedio 6,3% real anual en igual periodo**, en parte, influidos por el pago de costas que conlleva la judicialización del alza de precios de los planes, **registrando en 2017 GAV por \$306 mil millones.**

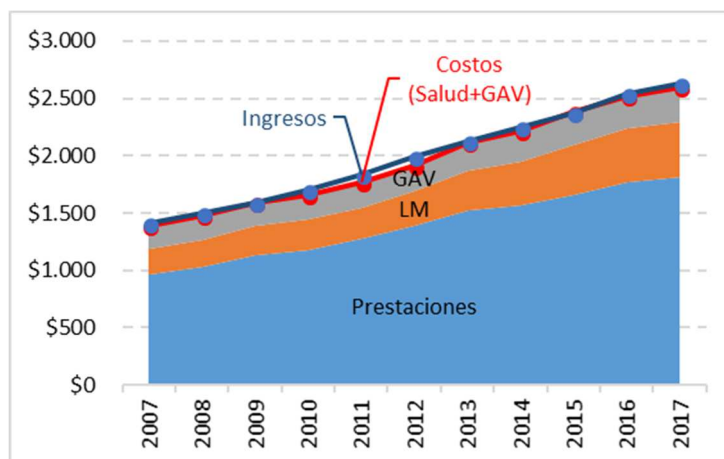
Con todo, **los costos y gastos en beneficios y servicios que enfrentan las Isapres, han exhibido un crecimiento promedio de 6,3% real anual**, registrando \$2.598 mil millones en 2017. **Los ingresos de las Isapres, en tanto, se han elevado a un ritmo menor que los costos, en promedio 5,7% real anual**, registrando \$2.632 mil millones en 2017. Ello deja un **superávit operacional de \$ 34 mil millones de pesos en 2017**, siendo este resultado consecutivamente negativo en las Isapres cerradas en los últimos años, mientras en el caso de Isapres abiertas lo fue en el año 2015. Ello corrobora que, en los últimos años, **la utilidad de las Isapres ha provenido del resultado no operacional.**

Figura 5a. Costos de salud Isapres (miles de millones de pesos de 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a las estadísticas financieras de las Isapres publicada por la SIS.

Figura 5b. Ingresos, costos salud y GAV
(miles de millones de pesos de 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a las estadísticas financieras de las Isapres publicada por la SIS.

II.3 Evolución de los costos de salud y GAV per cápita entre los años 2012 y 2017

En el análisis de costos e ingresos totales, hay que tener presente que en ellos influye el número de beneficiarios. Si el número de beneficiarios aumenta, es lógico que se produzca una mayor demanda de prestaciones (o más cotizaciones) y con ello un incremento en los costos (ingresos). Entre los años 2012 y 2017, se han incorporado 330 mil nuevos beneficiarios al sistema (2% promedio anual), por lo que, para aislar este efecto de la variación de costos e ingresos, es necesario expresar los ingresos y costos en términos per cápita.

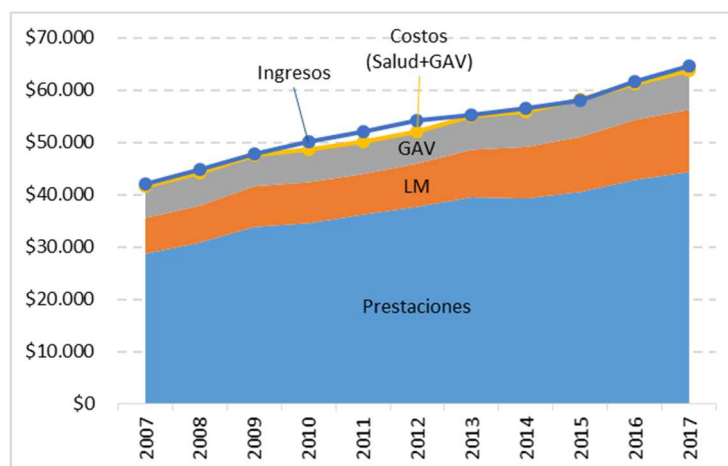
Entre los años 2012 y 2017, en promedio, los costos de salud por beneficiario se han elevado 4,1% real anual, 3,3% el gasto en prestaciones y 7,6% el gasto en licencias médicas⁸. Los GAV se han elevado 4,2% en promedio y con ello, **los costos y gastos totales per cápita que enfrentan las Isapres se han incrementado 4,1%**, mientras los **ingresos per cápita lo han hecho a una tasa promedio de 3,6% real anual**.

En particular, **en el año 2017 los beneficiarios aportaron, en promedio, \$64.632 mensuales**, de los cuales **se utilizaron \$56.293 para el pago de reembolsos de**

⁸ En esta sección el análisis del gasto SIL per cápita es por beneficiario y no por cotizante activo (III.2), pues la intención en este capítulo es ver como se distribuyen los ingresos promedios de los beneficiarios entre los costos y gastos promedios del sistema. El gasto SIL por cotizante activo en 2017, fue de \$24.200, elevándose 6,6% en promedio real anual.

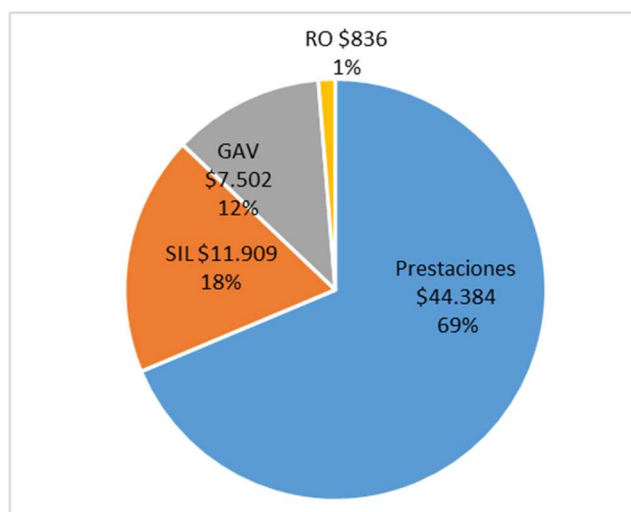
prestaciones médicas (\$44.384) y licencias médicas (\$11.909)⁹ y \$7.502 en GAV, quedando un **resultado operacional de \$836**, el que, sumado el resultado no operacional, menos los impuestos, dejó una **utilidad mensual de \$831 por beneficiario**. Con ello, vuelve a quedar de manifiesto que las Isapres devuelve prácticamente la totalidad de las cotizaciones a sus afiliados en beneficios y servicios, viéndose impulsada la utilidad por el resultado no operacional. En todo caso, una utilidad de \$831 por beneficiario al mes (1,3% de los ingresos) no pareciera ser excesiva (Figura 6^a y 6b).

Figura 6a. Ingresos, costos salud y GAV por beneficiario mensual (pesos de 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a las estadísticas financieras de las Isapres publicada por la SIS.

Figura 6b. De la cotización total se devuelve a los beneficiarios:
(como % cotización, pesos promedio mensual por beneficiario)



Fuente: Elaboración propia en base a las estadísticas financieras de las Isapres publicada por la SIS.

⁹ Ver nota al pie 8.

En síntesis, las cifras corroboran que **las Isapres enfrentan un panorama creciente de costos de salud**, los que se **elevan por causas que las Isapres no pueden controlar, como el mayor uso de prestaciones y licencias médicas por parte de los beneficiarios, aumentos de precios de prestaciones y salarios, mejoras tecnológicas y cambios demográficos (envejecimiento)**; mientras que los GAV son más controlables por las Isapres y los datos muestran como las Isapres han sido capaces de contenerlos.

En el siguiente capítulo se ahondará en los factores detrás del alza de costos, así como se realizará un análisis más profundo del gasto en salud, abriendo dicho gasto de acuerdo con el sexo y edad de los beneficiarios y cotizantes.

III. FACTORES QUE PRESIONAN AL ALZA LOS COSTOS DE SALUD ISAPRES: COSTO PRESTACIONES POR BENEFICIARIO Y GASTO SIL POR COTIZANTE

Los costos de salud ($P*Q$), conformados por el gasto en prestaciones médicas y el pago de SIL, se pueden incrementar, ya sea porque se incrementa el precio (P) de cada prestación/SIL, como también porque aumenta la frecuencia de uso de cada una de esas prestaciones/días de SIL (Q). Los datos presentados en esta sección, corresponden al sistema Isapre (Isapres abiertas y cerradas), en particular, en la sección III.2.3 se hace una proyección del sistema en base a datos aportados por las Isapres abiertas.

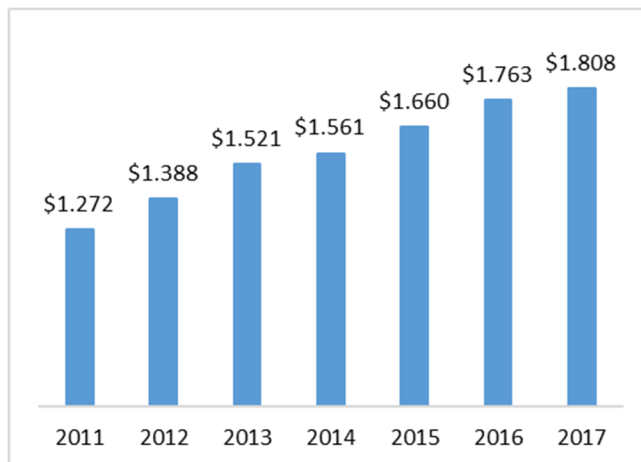
III.1 Análisis de los Costos en Prestaciones en Isapres

Se presentan diferencias en los valores de costo de prestaciones por beneficiario total entre la Figuras 7b y lo presentado en la Figura 11 y Tabla 3, debido a que el primero es calculado en base a estadísticas financieras (al igual que en sección II) y el segundo en base a monto facturado por prestación, ambos datos disponibles en las estadísticas de la SIS.

III.1.1 Crecimiento costos en prestaciones totales y por beneficiario (2012-2017)

En el capítulo II, vimos que en los últimos 5 años **el gasto en prestaciones de salud**, en Isapre, **ha crecido a una tasa promedio de 5,4% real anual (30%)**, alcanzando un monto de \$1.808 mil millones de pesos en el 2017 (Figura 7a).

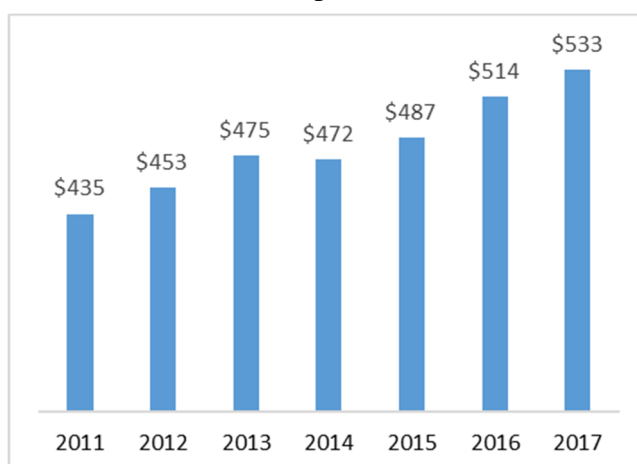
Figura 7a. Gasto en prestaciones totales
(miles de millones de pesos 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas Financieras, Cartera y Prestaciones publicada por la SIS

Por su parte, en el año 2017 el **costo promedio anual en prestaciones por beneficiario**¹⁰ (Figura 7b), fue de \$533 mil (\$44 mil mensual), elevándose en los últimos 5 años 3,3% en promedio real anual ($P_{ben} * Q_{ben}$), lo cual ha sido por completo consecuencia de un aumento de la frecuencia de uso, puesto que el número de prestaciones (Q) se ha elevado 3,7% en promedio anual en igual período, mientras los precios (P) han exhibido una variación nula en promedio. Así, la **frecuencia de uso es el factor que más ha incidido en el aumento de los costos de las prestaciones de salud.**

Figura 7b. Gasto en prestaciones por beneficiario
(miles de pesos 2017)

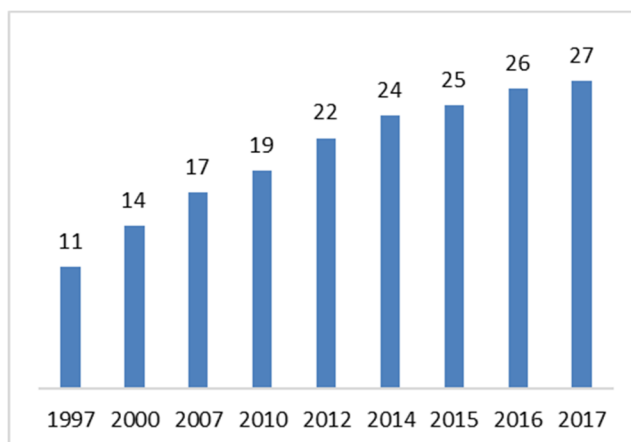


Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas Financieras, Cartera y Prestaciones publicada por la SIS

En efecto, las estadísticas de prestaciones de la SIS, disponibles al año 2017, muestran que **los beneficiarios de Isapre hacen uso –en promedio- de una prestación más al año.** En particular, **en el año 2017 los beneficiarios de Isapre hicieron uso de 27 prestaciones en promedio**, 10 prestaciones más que las 17 que demandaban en promedio en el año 2007 y 17 prestaciones más que las 11 que se demandaban en 1997 (Figura 8).

El incremento en el uso de prestaciones sin lugar a dudas incrementa el costo asociado a otorgar dichas prestaciones, pues 27 prestaciones por beneficiario que se demandaron en el año 2017 inciden más en el costo que 26 prestaciones que se demandaron en el 2016, sobre todo si los precios se han mantenido constantes.

¹⁰ Se utiliza el costo de prestaciones por beneficiario, para aislar el efecto que pueda tener el aumento del número de beneficiarios sobre la mayor demanda de prestaciones.

Figura 8. Prestaciones promedio por beneficiario

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de Prestaciones de la SIS.

III.1.2 Factores detrás del incremento del costo en prestaciones

Los factores detrás del este mayor uso de prestaciones son la tendencia creciente al **envejecimiento de la población**, los **mayores ingresos** de las personas, la aparición constante de **nuevas tecnologías médicas** y un **cambio general en el comportamiento de los pacientes y específicamente, entre sexos**. En tanto, **el aumento en el precio de las prestaciones** viene dado principalmente producto de **avances en la tecnología médica** y de una mayor **especialización** médica, además de **servicios médicos que son cada vez de calidad superior**.

En particular, **la incorporación creciente y acelerada de nuevas tecnologías médicas**, tales como nuevos medicamentos, intervenciones de vanguardia, nuevos especialistas, mejores implementos, exámenes y equipos, entre otros, incrementa de manera relevante los costos de prestaciones¹¹, tanto a través del **uso de tecnologías que son más caras como por la disposición a su mayor uso por parte de médicos y pacientes**. En todo caso, la entrada de estas nuevas tecnologías médicas si bien conducen a un aumento del gasto en salud de los países, en estricto rigor lo que hace es **profundizar las atenciones médicas** (permite un mayor y mejor acceso a la salud), lo cual es positivo.

Ligado a la disposición de los pacientes por tratarse con tecnologías más caras, se encuentra el que los pacientes alcanzan niveles de ingresos superiores. En efecto, **en la**

¹¹ Diversos estudios señalan que cerca de la mitad del aumento del costo en prestaciones de salud se debe a este factor de avance tecnológico.

medida que el nivel de ingresos de un país se eleva también lo hacen sus costos de salud, esto puesto que en la medida que un país alcanza mayores niveles de ingresos, su población no sólo accede a más atenciones de salud, sino que también a prestaciones de mayor calidad y más especializada. En términos económicos la salud sigue el comportamiento de un bien superior, es decir, su consumo aumenta conforme aumenta el ingreso (mayor acceso o uso); esto se evidencia al ver que la proporción del PIB que se destina a salud crece al mismo tiempo que también crece el PIB.

En efecto, los países de la OCDE, que en promedio tienen ingresos más elevados que Chile, se observa que el número de atenciones per cápita de atenciones de salud es más elevado que en Chile, aunque debemos señalar, que, en el caso de Isapre, en algunas prestaciones el uso per cápita es muy similar al de la OCDE (MRI y TAC) y en otros aún estamos por debajo (consultas médicas) el promedio OCDE (Tabla 2). En concreto, en cuanto a las consultas médicas, en Chile las personas consultan 3,5 veces al año un médico (4,5 en Isapre), mientras que el promedio de la OCDE es de 6,9. Por su parte, en Chile por cada mil habitantes se realizan 20 resonancias magnéticas y 89 TAC, mientras que en promedio en la OCDE se realizan 65 y 145, respectivamente, mientras que las MRI y TAC cada mil beneficiarios realizados en Isapre, se encuentran por sobre el promedio OCDE (pero lejos de los máximos), 95 y 148, respectivamente. En todo caso, en términos generales **a Chile (20 incluyendo APS) y, en particular a las Isapres (27) le queda mucho por alcanzar los niveles promedio de atenciones de la OCDE (40), por lo que es de esperar que la demanda por prestaciones en Chile siga incrementándose y con ello, los costos.**

Tabla 2. Prestaciones per cápita Chile, Isapres y OCDE

	Chile	Isapres	OCDE		
			Min.	Prom.	Max.
Consultas Médicas (por persona)	3,5	4,5	2,8	6,9	17,0
Exámenes de Resonancia Magnética (por cada mil habitantes)	20	95	20	65	136
Exámenes TAC (por cada mil habitantes)	89	148	37	145	231

Fuente: Elaboración propia en base a información de la OCDE, Health Statistics (2018), información prestaciones y cartera SIS e información aportada por las Isapres pertenecientes a AICH.

Por otra parte, en la medida que un **país envejece los costos de salud se ven presionados al alza**, puesto que las **personas mayores se enferman más** y muchas veces esas enfermedades se prolongan y/o se transforman en crónicas y por lo mismo, su consumo en medicamentos y atenciones es mayor. Esto sin contar con que, en muchos casos, la vejez trae consigo niveles de discapacidad y de dependencia importantes. En este contexto, **la vejez afecta los costos principalmente a través de una mayor y creciente intensidad de uso de las atenciones en salud**, y en muchos casos también es necesario el **uso de tecnologías más caras** para tratar enfermedades y/o discapacidades.

Además, **el hecho que las personas cuenten con seguros de salud (privado o público) conduce también a un aumento en el uso de atenciones médicas**, ya que el precio que enfrentan es más bajo porque el seguro paga una proporción importante de éste. En la literatura económica y de seguros este fenómeno se conoce como riesgo moral¹². Se debe tener presente, que **las Isapres u otros seguros médicos, no tienen injerencia en la relación médico-paciente, por lo tanto, no inciden en la variable uso**, ya que la demanda por prestaciones depende exclusivamente de las decisiones del paciente y del médico que lo trata. En el caso particular de Chile, lo anterior está muy protegido por el estricto control que realiza la Superintendencia de Salud, la que en caso de conflicto o discrepancias entre el prestador/paciente y la Isapre, casi exclusivamente, da la razón al prestador/paciente. Dado que la normativa vigente concede pocas atribuciones a las Isapres en lo relativo a criterios de atención médica, es que **las Isapres tienen mayormente un rol financista de prestaciones**.

III.1.3 Incidencia del mayor uso sobre el gasto en prestaciones por beneficiario

Análisis por sexo y edad de beneficiarios

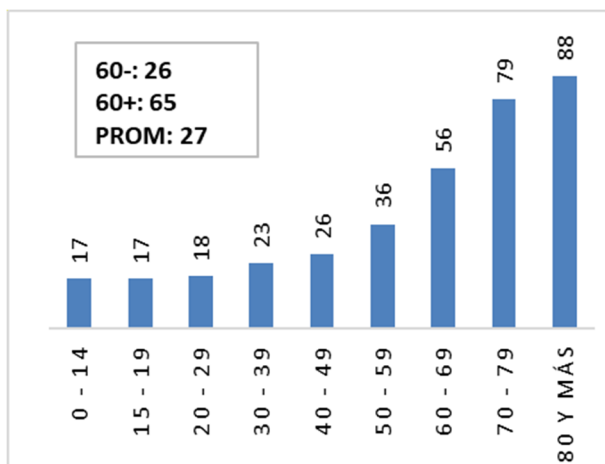
Al analizar las prestaciones desagregadas por sexo y edad (disponibles en la SIS al año 2017), se observa que se producen **diferencias importantes en la intensidad de uso de prestaciones en la medida que envejecemos y entre hombres y mujeres**.

¹² El riesgo moral se refiere al cambio en el comportamiento de las personas cuando se cuenta con un seguro de salud. Al existir un tercero que paga (asegurador), el asegurado no enfrenta el precio real de las prestaciones, lo que lleva a que (i) los beneficiarios con seguros consumen más prestaciones de salud, (ii) las personas realizan menos acciones preventivas o de cuidado de su salud y (iii) los doctores no tienen incentivo a controlar el gasto, sobre todo cuando su pago es por cada acto médico, puesto que mientras más consultas (u otros procedimientos pagados de igual manera) realice, más recursos recibe. Todo ello lleva a un mayor consumo y gasto en salud, generando una pérdida para la sociedad (Barr 2003).

La Figura 9a muestra como, en el año 2017, **los menores de 60 años hicieron uso de 26 prestaciones promedio al año, mientras que los mayores de 60 años hacen uso de 65.** Además, estas diferencias van acentuándose vertiginosamente con la edad, pues entre los 60-69 años se usan 56 prestaciones en promedio, las que se elevan a 79 entre los 70-79 años y alcanzan un promedio de 85 prestaciones pasados los 80 años. En otras palabras, en promedio, **los adultos mayores hacen uso de 3 veces más prestaciones que los jóvenes,** diferencias que pueden alcanzar hasta 5 veces si comparamos los grupos de edad extremos.

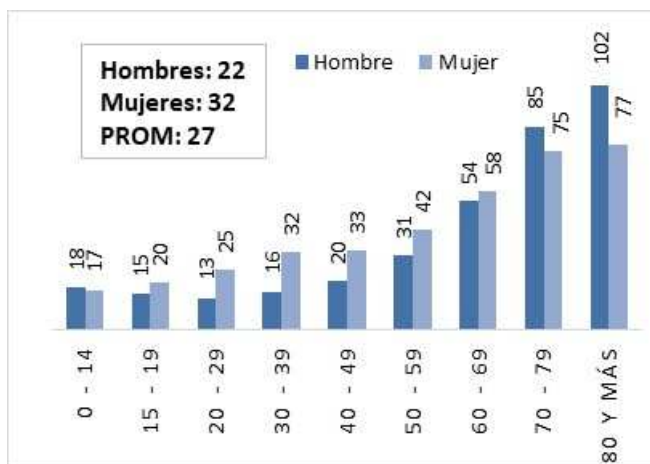
Entre el año 2016 y 2017, los adultos mayores incrementaron en 3 prestaciones más su uso promedio, impulsado por incremento mayor en los adultos mayores hombres

Figura 9a. Prestaciones promedio por beneficiario según edad (año 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de Prestaciones de la SIS.

Figura 9b. Prestaciones promedio por beneficiario según sexo y edad (año 2017)



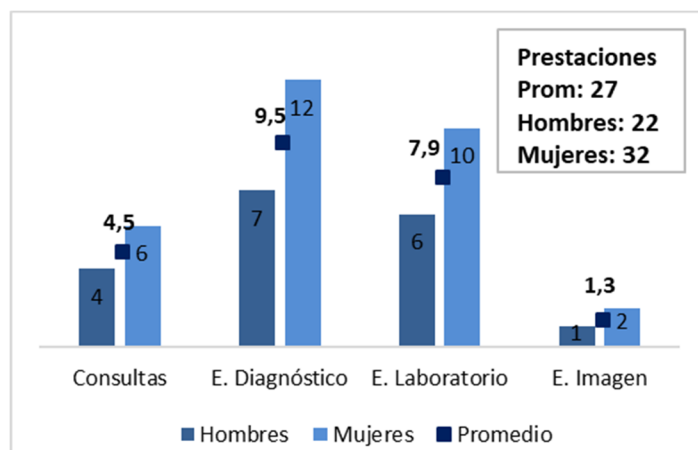
Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de Prestaciones de la SIS.

También existen diferencias de uso de prestaciones médicas entre hombres y mujeres, siendo éstas últimas las que más demandan prestaciones. **En el año 2017, las mujeres demandaron 32 prestaciones promedio al año, 10 más que los hombres que demandaron 22** (Figura 9b).

Sin embargo, **pasado los 65 años se equipara la demanda por prestaciones entre hombres y mujeres, para pasado los 70 años ser los hombres quienes muestran un mayor uso promedio de prestaciones** (Figura 9b). Entre los 70 años y el final de la vida, los hombres hacen uso de 89 prestaciones en promedio, 14 más que las mujeres en igual etapa de la vida (75 prestaciones), haciendo uso ambos sexos de 78 prestaciones en promedio.

En tanto, las diferencias de uso promedio entre grupos etarios y sexos, también se observan a nivel particular de prestaciones, como se aprecia en las Figuras 10a y 10b. En efecto, las mujeres van en promedio casi el doble de veces que los hombres a consultas médicas y a realizarse exámenes de diagnóstico, mientras que en la vejez las diferencias con los grupos más jóvenes se producen en los exámenes de diagnóstico.

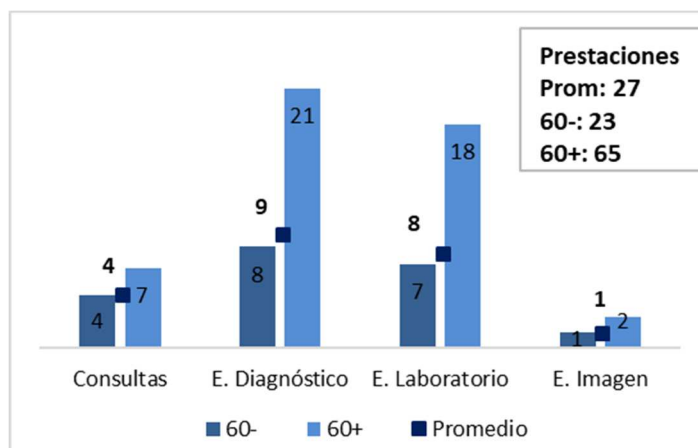
Figura 10a. Consultas y exámenes promedio por beneficiario según sexo (año 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de Prestaciones de la SIS.

Las diferencias de uso entre hombres y mujeres no sólo se deben al mayor uso derivado de la maternidad, sino también, a que las mujeres tienen un hábito de consumo que es distinto al de los hombres, mostrando las mujeres un mayor grado de preocupación por la prevención y el control de la salud.

Figura 10b. Consultas y exámenes promedio por beneficiario según edad (año 2017)

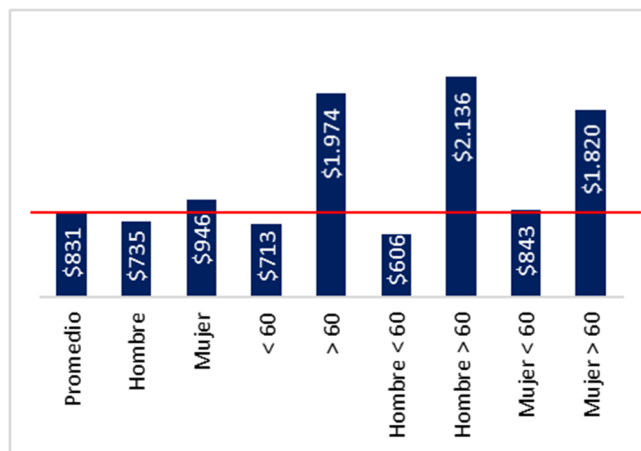


Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de Prestaciones de la SIS.

Por su parte, **las diferencias de uso entre jóvenes/adultos y mayores de 60 años, se producen básicamente porque este último grupo se enferma más** y muchas veces esas enfermedades se prolongan y/o se transforman en crónicas y por lo mismo, su consumo en medicamentos y atenciones es mayor. Esto sin contar con que, en muchos casos, también es necesario el uso de tecnologías más caras para tratar enfermedades y/o discapacidades, todo lo cual incrementa los costos en atenciones de salud de este grupo.

Con todo, **no es de extrañar que los grupos que demandan más prestaciones de salud sean los que muestren un gasto per cápita más elevado.** La Figura 11, muestra el gasto promedio per cápita de distintos tipos de beneficiarios agrupados por edad y sexo. De allí se desprende, que, en promedio, los beneficiarios hombres, los menores de 60 años (hombres y mujeres) y en particular, los hombres menores de 60 años gastan por debajo el gasto promedio del sistema. Mientras que las mujeres menores de 60 años gastan muy cerca del promedio, **siendo los grupos de mayores de 60 años los que proporcionalmente gastan más.**

Figura 11. Gasto promedio en prestaciones según sexo y edad de beneficiarios
(miles de pesos 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de Prestaciones de la SIS.

Nota: El gasto en prestaciones corresponde al monto facturado.

En particular, **las mujeres gastan en promedio 30% más que los hombres**: \$946 mil en promedio al año per cápita versus \$735 mil, siendo el período de edad fértil de la mujer en donde más se amplían las diferencias de gasto entre hombres y mujeres. En la Tabla 3, se aprecia cómo antes de los 20 años el gasto per cápita en prestaciones entre hombres y mujeres es muy similar, generándose diferencias mayores entre mujeres y hombres entre los 20 y 49, para pasado los 50 años acercarse nuevamente este gasto per cápita, y a partir de los 60-65 años ser el gasto per cápita proporcionalmente mayor en los hombres; en línea con lo observado en el uso de prestaciones (Figura 9b).

Tabla 3. Gasto promedio en prestaciones por tramos de edad y sexo beneficiarios
(miles de pesos 2017)

	0-19	20-30	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y +	Prom. Sexo	60-	60+	60+/60-
Hombre	\$561	\$446	\$547	\$675	\$1.004	\$1.721	\$2.772	\$3.697	\$735	\$606	\$2.136	4
Mujeres	\$523	\$722	\$1.084	\$1.031	\$1.152	\$1.569	\$2.157	\$2.539	\$946	\$843	\$1.820	2
Prom. Edad	\$542	\$559	\$773	\$835	\$1.075	\$1.645	\$2.452	\$3.024	\$831	\$713	\$1.974	3
Mujer/Hombre	0,9	1,6	2,0	1,5	1,1	0,9	0,8	0,7	1,3	1,4	0,9	

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de prestaciones y cartera de la SIS del año 2017.

Nota: El gasto en prestaciones corresponde al monto facturado.

El mayor gasto de las mujeres entre los 20 y 40 años está asociado, en parte, a la maternidad, pues el 85% de los nacimientos en Chile se producen en dicho rango de edad.

Entre los 30 y 39 años, es la etapa en donde más se eleva el gasto per cápita en prestaciones de las mujeres, el que alcanza cerca de \$1.084.000 al año, duplicando el gasto promedio en prestaciones al de los hombres. Las mujeres entre los 30 y 40 años van en promedio 6 veces a una consulta médica y se realizan 14 exámenes de diagnóstico al año, mientras que los hombres 3 y 5, respectivamente. Sin embargo, el número de nacimientos en Chile es mayor entre los 20 y 29 años (48%), que entre los 30 y 39 años (37%), por lo que el mayor gasto en prestaciones que hacen las mujeres va más allá de los nacimientos¹³.

En todo caso más allá del sexo de los beneficiarios, los números son claros en señalar que los **mayores de 60 años son los que proporcionalmente gastan más en prestaciones**, lo que no es de extrañar pues la vejez trae consigo mayores problemas de salud, lo que redundará en un mayor uso de prestaciones y por tanto en un mayor costo per cápita en la medida que avanzamos en edad (Figura 11 y Tabla 3). En efecto, **el gasto promedio de los mayores de 60 años (\$1.974.000) es 3 veces más que el de los menores de 60 años (\$713.000)**. Por su parte, los hombres mayores de 60 años (\$2.136.000) gastan en promedio 4 veces más que los hombres menores de 60 años (\$606.000), mientras que las mujeres mayores de 60 (\$1.820.000) gastan en promedio el doble que una mujer menor de 60 años (\$843.000).

En el año 2017, los **mayores de 60 años representaban el 9% de la cartera Isapre, pero gastaban el 22% del pago en prestaciones hecho por Isapre**. Lo preocupante en materia de costos, es que mientras, la cartera de menores de 60 años ha crecido a una tasa promedio de 3% en los últimos 5 años, la cartera de adultos mayores ha venido haciéndolo a una tasa del 8%, presionando así al alza los costos de salud. Entre el 2012 y 2017, el costo per cápita por prestaciones se ha incrementado en un 16% real (3% promedio) exclusivamente por efecto del envejecimiento de la cartera¹⁴.

En relación con el sexo del beneficiario mayor de 60 años, anteriormente se señalaba que pasado los 60 años son los hombres los que evidencian un gasto per cápita mayor que las mujeres, el que se va acentuando con el paso de los años, pero nunca llega a ser el

¹³ Estadísticas Demográficas y Vitales, INE. Nacimientos, 2015.

¹⁴ Se estimó el costo total de las prestaciones del año 2012 y 2017, dejando fijo para ambos años el costo per cápita por prestación del año 2012 para los menores de 60 años y para los mayores de 60 años, pero contabilizando para cada año el número de beneficiarios existente en cada tramo etario. Con esto, la diferencia de costos entre un año y otro se pueden atribuir exclusivamente al cambio en composición en la cartera, es decir, en este caso al envejecimiento.

doble. **En promedio un hombre mayor de 60 años gasta \$2.136.000 en prestaciones, mientras que una mujer mayor de 60 años gasta en promedio \$1.820.000** (Figura 11).

III.2 Análisis del Gasto SIL en Isapres

Antes de comenzar con el análisis del gasto SIL, se deben aclarar un par de conceptos.

Primero, el sistema de seguridad social en Chile considera distintos beneficios pecuniarios para el empleado que se encuentra imposibilitado de trabajar, conocidos como subsidios por incapacidad laboral (SIL). Por lo tanto, el gasto en SIL no es más que el gasto asociado al uso licencias médicas: los beneficiarios de dicho subsidio reciben la totalidad de su renta al tope imponible y sus cotizaciones previsionales durante todo el tiempo que estén imposibilitados de asistir a sus trabajos.

Segundo, esta imposibilidad de trabajar puede provenir de enfermedades comunes, reposo maternal habitual (pre y post natal), reposo maternal suplementario (patología del embarazo y prórrogas del pre y post natal), enfermedad grave por hijo menor a un año, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Dependiendo del origen de la licencia médica, el financiamiento del SIL es distinto y por tanto su pago es de cargo de distintas instituciones. En el caso de las Isapres (y Fonasa), éstas deben financiar el SIL proveniente de licencias médicas de origen curativas, es decir, las licencias que provienen por enfermedad común, por patologías del embarazo y prórrogas del pre y post natal. Las licencias maternas por reposo de pre y post natal, y por enfermedad de un hijo menor a 1 año, son de cargo del Estado¹⁵. Se hace este alcance, porque **se suele creer que son las Isapres y Fonasa quienes financian las licencias de pre y post natal, y no es así**. Asociado a la maternidad las Isapres sólo financian el reposo maternal suplementario, es decir, licencias que requieran reposo de una embarazada fuera del período de reposo maternal habitual (de pre y post natal).

Tercero, se debe indicar que para el análisis de costo SIL se usó el archivo de estadísticas financieras de la Superintendencia de Salud, mientras que los días de SIL

¹⁵ Los períodos de descanso prenatal, descanso postnatal, permiso postnatal parental y permiso por enfermedad grave del niño menor de un año son de cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares (FUPF), el que se financia exclusivamente con recursos fiscales.

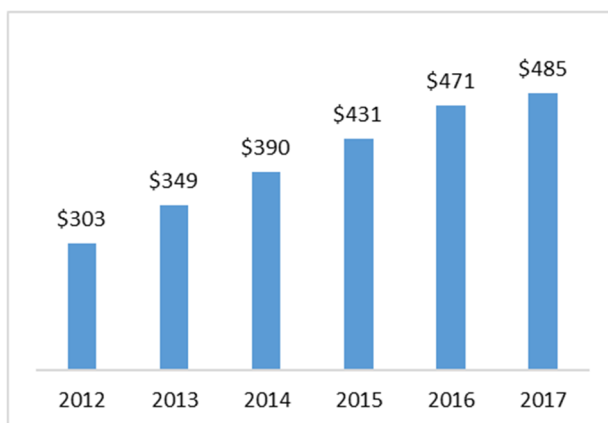
pagados y número de licencias médicas fueron aportados por las Isapres pertenecientes a la Asociación, pues el archivo de licencias médicas publicado por la SIS presentaba inconsistencias importantes. Asimismo, para la apertura de gasto SIL por cotizante según sexo y edad, se utilizaron datos de cotizantes aportados por las Isapres pertenecientes a la Asociación y se proyectó al resto del sistema. Debido a ello, se presentan diferencias entre los promedios de días de SIL pagados (7,2 vs 6,4), monto SIL por día pagado (\$40 mil vs \$38 mil) y gasto SIL por cotizante (\$290 mil vs \$247 mil) presentados en la sección III.2.1 y III.2.3.

III.2.1 Crecimiento del gasto SIL total y por cotizante activo (2012-2017)

Como se vio en el capítulo II, en los últimos 5 años el **gasto total en SIL ha crecido a una tasa promedio de 10% real anual en Isapres (60%)**, alcanzando un monto de \$485 mil millones de pesos en el 2017 (Figura 12a).

Figura 12a. Gasto SIL Total

(miles de millones de pesos de 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas financieras publicada por la SIS

Por su parte, en el año 2017 el **gasto SIL por cotizante activo**¹⁶ (Figura 12b), alcanzó \$290 mil pesos (\$24 mil mensual), incrementándose en los últimos 5 años, en promedio, **6,6% real anual**, impulsado por un **aumento promedio de 3,4% en el costo por día de SIL (P)** y por un **incremento promedio de 3,2% en el número de días de**

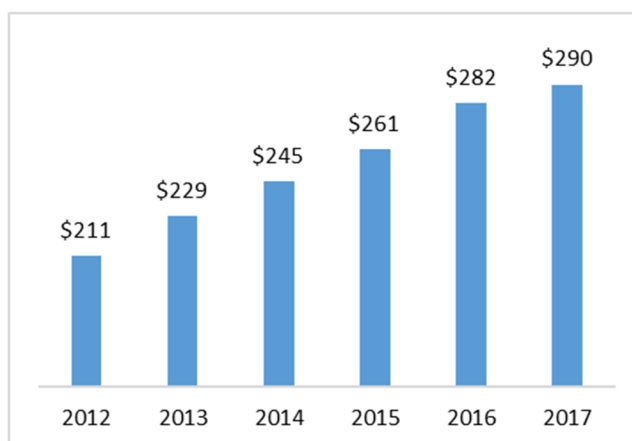
¹⁶ Cotizante con derecho a pago de licencia médica (trabajadores dependientes e independientes).

Se calcula el gasto SIL por cotizante, para aislar el efecto de un aumento de los cotizantes en el gasto.

En la sección anterior se calculó el gasto SIL por beneficiario, porque el objetivo en dicha sección era tener una idea general de los costos por beneficiario, pero en esta sección el objetivo es identificar los impulsores del gasto SIL y determinar las diferencias de uso entre sexos y edades y para ello debemos mostrar el gasto SIL por cotizante que hace uso de ese beneficio.

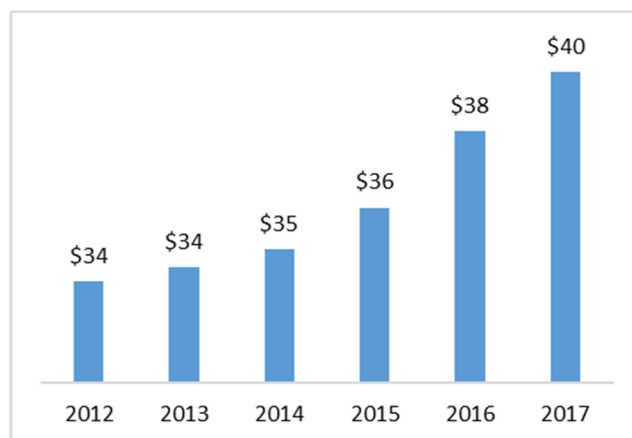
subsidio pagados por cotizante (Q)¹⁷. En particular, en el año 2017, el costo SIL por día alcanzó casi los \$40 mil y el número de días SIL por cotizante (TIL¹⁸) 7,2 días (Figura 13a y 13b).

Figura 12b. Gasto SIL por cotizante activo
(miles de pesos de 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas financieras y de cartera publicada por la SIS

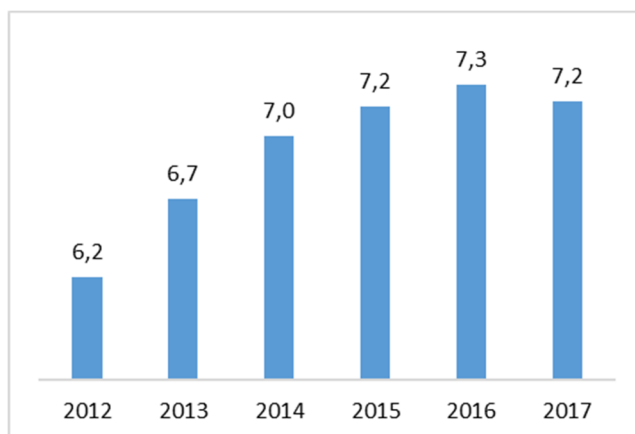
Figura 13a. Costo SIL por día de SIL pagado
(miles de pesos 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas financieras publicada por la SIS, mientras el número de días de SIL pagados se obtiene de información enviada por las Isapres pertenecientes a la AICH.

¹⁷ Costo SIL por Cotizante (\$) = (Costo SIL (\$) / Día Pagado) x (Días SIL Pagados / Cotizante).

¹⁸ Tasa de incapacidad laboral.

Figura 13b. N° de días de SIL por cotizante (TIL)

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de cartera publicada por la SIS, mientras el número de días de SIL pagados se obtiene de información enviada por las Isapres pertenecientes a la AICH.

III.2.2 Factores detrás del incremento del gasto SIL

El aumento en el **costo por día SIL** (efecto precio) se debe a un incremento en el **ingreso mensual imponible promedio de los cotizantes**, lo que tiene su justificación en las alzas de ingresos de los cotizantes y de los topes imponibles.

Sin embargo, **el incremento observado en el número de días pagados en subsidios SIL por cotizante** (efecto cantidad), es **preocupante**, ya que puede estar indicándonos que la **población o está más enferma** (o se diagnostican más enfermedades) **o estamos frente a la presencia de abusos**.

Si bien, no se ha detectado un cambio epidemiológico que sustente un mayor uso de licencias médicas, una hipótesis que podría explicar un mayor uso de licencias es que el acceso a más (GES) y mejor salud (nuevas tecnologías) estaría permitiendo diagnósticos más precisos y esto conduciendo a un mayor número de licencias médicas. A modo de ejemplo, está el aumento que han experimentado las licencias médicas por trastornos mentales desde que éstas se incorporaron al GES a mediados del 2005 (antes cobertura baja en consultas psiquiátricas)¹⁹. Sin embargo, también está la duda si este incremento en las licencias por enfermedades mentales se debe a un mayor abuso del sistema, por medio de la utilización de licencias de este tipo de patologías, cuya verificación es más dificultosa, o si

¹⁹ Entre 2014-2016 (datos disponibles), el número de días de estas licencias se han elevado en promedio 5%, al igual que el número de estas licencias, mientras que el costo asociado un 11%. En todo caso, hay que destacar que, en la actualidad, los subsidios pagados por trastornos mentales son los que más impactan en el gasto total del SIL, básicamente, porque tienen el mayor peso en los días totales de reposo.

en realidad en Chile existía un problema de sub-diagnóstico de enfermedades mentales, que quedó en evidencia con el GES. Lo mismo puede ocurrir con otros diagnósticos que son difíciles de verificar (osteomusculares).

Respecto a la tasa de abuso, Rodríguez y Tokman (2001), muestran que en Chile la tasa de abuso en licencias médicas está determinada por un conjunto de factores relacionadas con las características individuales del beneficiario (como preferencia por ocio o valores morales, entre otros), características de su entorno familiar (madres sin redes de apoyo familiares necesitan solicitar licencia para cuidar a hijos enfermos mayores a 1 año) y laboral (menor flexibilidad laboral lleva a un mayor uso de licencias para realizar trámites o cuidar niños enfermos, etc.) y con factores institucionales (insatisfacción laboral, probabilidad de pérdida del empleo). Asimismo, la generosidad del subsidio (tasa de reemplazo del 100%) y la no existencia de deducibles para licencias de más de 10 días pueden incitar al abuso.

Con todo, el eventual abuso de licencias médicas es difícil de cuantificar, no obstante, la Fundación Inmune²⁰, estima que entre el 20% y 30% de las licencias aprobadas en el sistema de salud nacional son fraudulentas.

III.2.3 Incidencia del mayor uso y remuneraciones sobre el gasto SIL por cotizante

Análisis por sexo y edad de cotizantes²¹

En el año 2017, se autorizaron para pago algo más de 1,3 millones de licencias médicas en Isapres, de las cuales 52% se pagaron a cotizantes mujeres, pese a que sólo un tercio de los cotizantes son mujeres. **Las mujeres utilizan en promedio 1 LM al año, mientras que los hombres utilizan 1 licencia médica cada dos años.**

En promedio, el costo SIL por día pagado es cercano a los \$ 38 mil (\$40 mil en sección III.2.1). El costo SIL por día es más cercano a los \$35 mil en los adultos jóvenes y se eleva en la medida que envejecemos, alcanzando un promedio de \$43 mil pasado los 60 años, siendo los promedios muy similares entre hombres y mujeres, a excepción de la etapa de edad fértil, donde es mayor en el caso de las mujeres (\$32 mil versus \$ 38 mil). Tabla 4.

²⁰ Inmune es una organización que a través de estrategias legales promueve el buen uso de licencias médicas y ayuda a reducir el fraude en el sistema de salud.

²¹ No contamos con la apertura de los cotizantes activos por sexo y edad, por lo que se usó información enviada por cuatro Isapres pertenecientes a AICH. Ello produce diferencias en los valores promedio totales respecto de lo presentado en la sección III.2.1.

Tabla 4. Costo SIL por día de SIL pagado, según sexo y edad (año 2017)

(miles de pesos de 2017)

	15-39	40-59	60 y más	Total
Hombre	\$32	\$41	\$43	\$37
Mujer	\$38	\$41	\$42	\$39
Total	\$35	\$41	\$43	\$38

Fuente: Elaboración propia en base a información otorgada por Isapres.

En relación con el número de días de SIL pagados por cotizantes (Tabla 5), **las mujeres hacen uso de 9 días de licencias, mientras que los hombres de 5**, por lo que, el total de cotizantes, en promedio, hace uso de 6 días de licencias al año (7 en sección III.2.1). Por tramo de edad, **las mujeres entre 15 y 39 son las que se toman un mayor número de días de licencias, 10 en promedio**, seguidas de las mujeres de entre 40 y 59 años que se toman 9.

Tabla 5. Número de días SIL por cotizante, según sexo y edad (año 2017)

	15-39	40-59	60 y más	Total
Hombre	5	5	6	5
Mujer	10	9	5	9
Total	6	7	5	6

Fuente: Elaboración propia en base a información otorgada por Isapres.

De la Tabla 4 y 5, se desprende que **las diferencias de costos SIL por tipo de cotizante (Tabla 6) se producen más por una diferencia de uso y cantidad de días de licencias médicas**, que por diferencias en el costo pagado por día de SIL. En tanto, **en los últimos años se ha incrementado tanto el número de días de SIL como su costo diario**.

Respecto a las **diferencias de uso de licencias entre sexos, no se observan diferencias epidemiológicas** entre hombres y mujeres que justifiquen estas diferencias en la etapa adulta de las personas, lo que puede estar influyendo es que las mujeres asisten más al médico, sobre todo después de tener hijos²², y dado ello es más factible le diagnostiquen más enfermedades que requieran de reposo laboral. Sin embargo, creemos que una parte de este mayor uso proviene de mujeres sin redes de apoyo, las que mal utilizan las licencias médicas para cuidar a hijos enfermos u otros familiares, así como para hacer trámites o

²² Quedan sujetas a controles ginecológicos y en su mayoría cuidan más su salud una vez que son madres.

satisfacer otras necesidades familiares que requieran ausentarse del trabajo (sección II.2.1). Pero, sin lugar a duda va más allá del tema del reposo maternal suplementario (patologías del embarazo y prórrogas del pre y post natal), pues sólo representan el 3%-3,5% del total de licencias de cargo de las Isapres. Suele confundirse que el reposo maternal de pre y post natal, así como la licencia por enfermedad grave de hijo menor a un año (EGH), son de cargo de las Isapres/Fonasa, pero no lo son, las Isapres sólo administran el subsidio, pero es financiado por el Estado.

Más allá de la razón del mayor uso de licencias por parte de las mujeres, lo cierto es que existe y este mayor uso por parte de las mujeres se traduce en un mayor costo SIL por cotizante mujer, no sólo en la etapa en que las mujeres tienen hijos (15-39 años), sino que también entre los 40-59 años, para luego equipararse con los hombres y ser ellos quienes tienen un costo levemente mayor (jubilan más tarde).

En la Tabla 6 se observa que, en el año 2017, **el costo SIL por cotizante mujer fue de \$344 mil anuales, el doble que el de los hombres, que alcanzó \$191 mil.** Esta diferencia se acentúa **entre los 15 y 39 años, siendo más del doble las diferencias de gasto por SIL entre hombres y mujeres** (\$153 mil versus \$365 mil), mientras que entre los 40-59 años la diferencia es de algo menos del doble (\$221 mil versus \$374 mil), para pasados los 60 años tender a igualarse los montos entre sexos y ser el gasto SIL de los hombres algo mayor (\$244 mil versus \$203mil). Con todo, el costo SIL por cotizante activo registró un promedio de \$247 mil por cotizante en el 2017 (\$290 mil en sección III.2.1).

Tabla 6. Gasto SIL promedio por cotizante activo (año 2017)

(miles de pesos de 2017)

	15-39	40-59	60 y más	Total
Hombre	\$153	\$221	\$244	\$191
Mujer	\$365	\$374	\$203	\$344
Total	\$228	\$277	\$228	\$247

Fuente: Elaboración propia en base a información otorgada por Isapres.

IV. CONCLUSIONES

Gasto de Salud en Chile y su Financiamiento

1. **Chile gastó \$7,8 billones en atenciones médicas y pago de SIL en 2015:** \$5,8 billones en Fonasa y \$2,0 billones en Isapres.
2. **En Fonasa los gastos en salud son financiados, mayormente, por aportes fiscales en Fonasa:** 73% de los ingresos de Fonasa es aporte fiscal y el 27% cotización legal.
3. **En Isapres los gastos de salud son financiados, principalmente, mediante la cotización legal:** 72% de los ingresos de las Isapres proviene de la cotización legal y 28% de la cotización adicional voluntaria.
4. **En la actualidad, la cápita para atenciones de salud de Fonasa e Isapres son similares y cercanas a \$ 40 mil pesos mensuales.** Ello devela la urgente necesidad de revisar la institucionalidad de la red pública de atención. Sin modernizar la gestión en el sector público, es imposible que éste, con los mismos recursos per cápita, otorgue los mismos beneficios -en tiempos de espera, calidad y oportunidad- que hoy el sector privado otorga a sus beneficiarios.
5. **En tanto, el gasto SIL por cotizante de Fonasa es la mitad que el de Isapre,** debido a las diferencias de remuneraciones existentes entre los cotizantes de cada sistema.

Crecimiento de los Costos de Salud

6. **El incremento de los costos de salud es un fenómeno que afecta a todos los países de ingresos medios-altos,** costos que crecen a una tasa mayor que el alza la inflación, por sobre el crecimiento de las remuneraciones y por sobre el crecimiento económico de los países.
7. **Los costos de salud se incrementan por factores que no son controlables por los seguros de salud.**
8. El gasto en prestaciones de salud se eleva como resultado del envejecimiento de la población, las mejoras en las tecnologías médicas, el crecimiento económico, los cambios en los estilos de vidas e incluso por la existencia de seguros médicos, lo que ha llevado a los pacientes a demandar más y mejor salud. **La frecuencia de uso es el factor que más ha incidido en el aumento de los costos de las prestaciones de salud.**

9. Adicionalmente, en Chile los seguros de salud, Fonasa e Isapres, pagan el SIL asociado a licencias de enfermedades comunes. **El gasto SIL se ve presionado al alza, tanto por un incremento en los números de días de licencias, como por un aumento de las remuneraciones y topes imposables.**

Costos y Gastos en que incurren las Isapres

10. Las Isapres incurren tanto en gastos relacionados al financiamiento de los beneficios de salud de sus afiliados, denominados costos de salud (prestaciones y SIL), como en gastos para operar su sistema y prestar servicios de atención y de venta de planes a sus usuarios, denominados gastos de administración y venta (GAV). En Isapres, el financiamiento de estos costos y gastos proviene de la cotización de sus afiliados, constituida en un 70% por la cotización legal de salud y en un 30% por la cotización adicional voluntaria.
11. **Las Isapres devuelven en beneficios y servicios de salud prácticamente la totalidad de lo pagado por sus afiliados**, destinándose cada año una mayor cantidad de recursos para el pago de beneficios en salud, mientras los GAV, que son más controlables por las Isapres, se han reducido. En el año 2017 de las cotizaciones percibidas, un 87% se destinó a financiar beneficios en salud -69% en reembolsos y 18% a licencias médicas- y un 12% a financiar GAV.

Utilidades de las Isapres

12. **La utilidad de las Isapres ha provenido del resultado no operacional y no de la cotización de sus afiliados.** En 2017 los beneficiarios aportaron, en promedio, \$64.632 mensuales, de los cuales se utilizaron \$56.293 para el pago de reembolsos de prestaciones médicas (\$44.384) y licencias médicas (\$11.909) y \$7.502 en GAV, quedando un resultado operacional de \$836, el que, sumado el resultado no operacional, menos los impuestos, dejó una utilidad mensual de \$831 por beneficiario.
13. **La utilidad de las Isapres correspondió a 1,3% de los ingresos (cotizaciones) percibidos en el año 2017.**

Costos de salud financiados por las Isapres

14. **Los gastos en salud se han duplicado en los últimos 10 años en Isapre, totalizando \$2,3 billones de pesos en el año 2017:** \$1.808 mil millones de pesos se destina al pago de atenciones médicas y \$485 mil millones al pago de SIL de sus

afiliados. Las Isapres gastaron en la salud de sus afiliados, en promedio, \$675.500 pesos por beneficiario (\$56.600 mensuales).

15. En 2017, **el gasto promedio en prestaciones fue de \$533 mil por beneficiario**, mientras que **el gasto promedio en SIL fue de \$290 mil por cotizante con derecho a licencia médica**, \$823 mil en promedio (\$68.500 mensuales). Este resultado es distinto al del punto 14 (gasto por beneficiario), pues el gasto SIL considera el promedio de quienes son sujetos a pago de este beneficio

Incremento en el costo de las prestaciones de salud financiados por Isapres

16. En el año 2017, el costo en prestaciones por beneficiario fue de \$533 mil, elevándose en los últimos 5 años 3,3% en promedio, incremento que ha sido por completo consecuencia de un aumento en la frecuencia de uso.

La mayor demanda en atenciones médicas eleva los costos en prestaciones por beneficiarios

17. **En promedio, los beneficiarios de Isapre hacen uso más al año**, mientras los precios se han mantenido con una variación nula.
18. En el año 2017, los beneficiarios de Isapre demandaron 27 prestaciones en promedio: **27 prestaciones por beneficiario inciden más en el costo que las 26 prestaciones que se demandaron en el 2016**, sobre todo si los precios se han mantenido constantes.

Adultos mayores usan más prestaciones en promedio que los jóvenes

19. **Los adultos mayores hacen uso de 3 veces más prestaciones que los jóvenes en promedio**, diferencias que pueden alcanzar hasta 5 veces si comparamos los grupos de edad extremos. En 2017, los menores de 60 años hicieron uso de 26 prestaciones en promedio al año, mientras que los mayores de 60 años hacen uso de 65.
20. **Las diferencias de uso entre jóvenes/adultos y mayores de 60 años, se producen básicamente porque este último grupo se enferma más** y por lo mismo, su consumo en medicamentos y atenciones es mayor. Esto sin contar con que, en muchos casos, también es necesario el uso de tecnologías más caras para tratar enfermedades y/o discapacidades.

Mujeres usan más prestaciones en promedio que los hombres

21. En 2017, las **mujeres demandaron 32 prestaciones en promedio, 10 prestaciones más que los hombres**. Sin embargo, **pasado los 65 años se equipara la demanda por prestaciones entre hombres y mujeres**, para pasado los 70 años ser los hombres quienes muestran un mayor uso promedio de prestaciones.
22. **Las diferencias de uso de prestaciones entre hombres y mujeres no sólo se deben al mayor uso derivado de la maternidad**, sino también, a que las mujeres tienen un hábito de consumo que es distinto al de los hombres, mostrando las mujeres un mayor grado de preocupación por la prevención y el control de la salud.

Gasto en prestaciones según sexo y edad de los beneficiarios

23. **Los grupos que demandan más prestaciones de salud son los que muestran un gasto per cápita más elevado, siendo los grupos de mayores de 60 años los que proporcionalmente gastan más.**

Mujeres: gastan en prestaciones más que hombres entre los 20 y 59 años

24. **Las mujeres gastan en promedio 30% más que los hombres:** \$946 mil en promedio al año per cápita versus \$ 735 mil, siendo el período de edad fértil de la mujer en donde más se amplían las diferencias de gasto entre hombres y mujeres. Entre los 30 y 39 años, el gasto per cápita de las mujeres alcanza cerca de \$1.084.000 al año, duplicando el gasto promedio en prestaciones o de los hombres.

Adultos mayores: grupo que gasta más en atenciones de salud

25. Más allá del sexo de los beneficiarios, **los mayores de 60 años son los que proporcionalmente gastan más en prestaciones**. En efecto, **el gasto promedio de los mayores de 60 años (\$1.974.000) es 3 veces más que el de los menores de 60 años (\$713.000)**. Por su parte, los hombres mayores de 60 años (\$2.136.000) gastan en promedio más de 4 veces que los hombres menores de 60 años (\$606.000), mientras que las mujeres mayores de 60 (\$1.820.000) gastan en promedio el doble que una mujer menor de 60 años (\$843.000).
26. En el año 2017, **los mayores de 60 años representaban el 9% de la cartera Isapre, pero gastaban el 22% del pago en prestaciones hecho por Isapre**. Lo preocupante en materia de costos, es que mientras, la cartera de menores de 60 años ha crecido a una tasa promedio de 3% en los últimos 5 años, la cartera de adultos

mayores ha venido haciéndolo a una tasa del 8%, presionando así al alza los costos de salud.

Incremento en el costo SIL financiado por Isapres

27. **El gasto SIL por cotizante activo, se ha incrementado en promedio 6% real anual en los últimos 5 años**, impulsado por un aumento promedio de 3% en el **costo por día de SIL (P)** y por un incremento promedio de 3% en el **número de días de subsidio pagados por cotizante (Q)**.
28. En el año 2017, en promedio, el costo SIL por cotizante activo alcanzó \$290 mil, el costo SIL por día \$40 mil y el número de días SIL por cotizante fue de 7,2 días.

El incremento del número de días SIL pagados y del costo SIL por día, eleva el gasto en SIL por cotizante

29. El aumento en el costo por día SIL se ha elevado porque el ingreso imponible mensual promedio de los cotizantes se ha elevado, lo que tiene su justificación en las alzas de ingresos de los cotizantes y de los topes imponibles. Sin embargo, el incremento observado en el número de días pagados en subsidios SIL por cotizante, es preocupante, ya que puede estar indicándonos que la población o está más enferma (o se diagnostican más enfermedades) o estamos frente a la presencia de abusos.

Gasto en SIL según sexo y edad de los cotizantes

30. Del total de cotizantes con derecho a pago de licencias médicas, sólo un tercio corresponde a mujeres, sin embargo, este grupo hace uso del doble de licencias médicas (1 en promedio al año) que los hombres (1 en promedio cada dos años), pagando las Isapres algo más de 1,3 millones de licencias médicas (más de 12 millones de días) en 2017.

Mujeres cotizantes: gastan más en SIL debido a mayor uso de licencias

31. En relación con el **número de días de SIL pagados por cotizantes, las mujeres hacen uso de 9 días de licencias, mientras que los hombres de 5**, haciendo uso el total de cotizantes, en promedio de 6 días de licencias al año (7 días sección III 2.1). Por tramo de edad, las mujeres entre 15 y 39 son las que se toman un mayor número de días de licencias, 10 en promedio, seguidas de las mujeres de entre 40 y 59 años que se toman 9. El **costo SIL por día pagado** alcanza un promedio cercano a los \$ 38 mil (\$40 mil sección III 2.1), **elevándose en la medida que envejecemos, y siendo similar, en promedio, entre hombres y mujeres**.

32. Con todo, las diferencias de costos SIL por tipo de cotizante se producen más por una diferencia de uso y cantidad de días de licencias médicas, que por diferencias en el costo pagado por día de SIL.
33. Sin embargo, el mayor uso de licencias por parte de las mujeres se traduce en un mayor costo SIL por cotizante mujer, sobre todo en la edad fértil de la mujer. En efecto, en 2017, el **costo SIL por cotizante mujer fue de \$344 mil anuales, casi el doble que el de los hombres, que alcanzó \$191 mil**. Esta diferencia se acentúa entre los 15 y 39 años, más que duplicándose las diferencias de gasto por SIL entre hombres y mujeres (\$153 mil versus \$365 mil), mientras que entre los 40-59 años la diferencia es de algo menos del doble (\$221 mil versus \$374 mil), para pasados los 60 años tender a igualarse los montos entre sexos y ser el gasto SIL de los hombres algo mayor (\$244 mil versus \$203 mil) pasar a ser algo mayor el gasto SIL de los hombres.

V. REFERENCIAS

1. Barr, N. (2003). *The welfare state as piggy bank*. Oxford: Oxford University Press.
2. Deloitte (2018). *Global health care outlook / The evolution of smart health care*. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2018.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. *Nacimientos por edad de la madre*. Disponible en: <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
4. Fonasa. *Boletín Estadístico Fonasa 2014-2015*. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>
5. OECD. *Health Statistics 2018*. Disponible en <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
6. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Estadísticas de cartera beneficiarios Isapre 2017. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3741.html>
7. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Estadísticas financieras de Isapre a diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3741.html>
8. Superintendencia Salud. Gobierno de Chile. *Estadísticas de prestaciones 2017*. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-16023.html>
9. Rodríguez, J. y Tokman, M. (2001). *Análisis del gasto por subsidios por incapacidad laboral y sus determinantes*. Estudios de Finanzas Públicas, N°2, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.