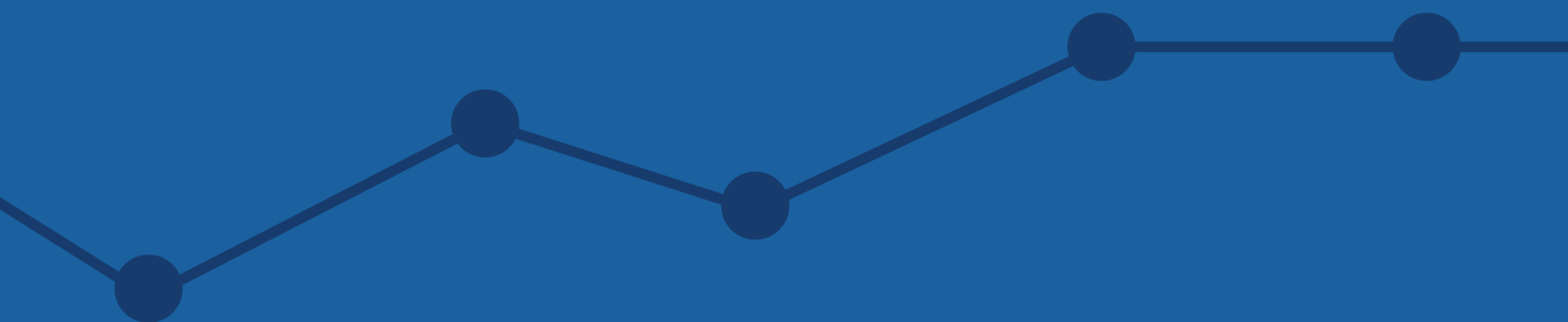


INFORME N°5

*Diagnóstico de la Seguridad Social en el
área de la Salud*

Noviembre 2021



Observatorio del Contexto Económico

Informe N°5

Diagnóstico de la Seguridad Social en el área de la Salud

Jose Acuña C.¹

Ana Sofía León²

Resumen

- Para 2020, el 78% de la población en Chile está cubierta por el seguro de salud público FONASA. Adicionalmente, se puede advertir que el 61% de la población afiliada a FONASA se encuentra en los cuatro primeros deciles de ingreso.
- El sistema de salud en Chile se financia con 9,3% del PIB, promedio que se encuentra por encima del promedio de los países de la OCDE. Sin embargo, en la composición de este financiamiento se puede advertir que 31% corresponde al gasto de bolsillo en salud de los hogares, mientras que el promedio de la OCDE es 17%.
- Según los resultados de la última Encuesta de Bienestar Social, el 74% de las personas no se siente protegida financieramente frente a problemas de salud. Si bien el resultado es transversal a los distintos segmentos de ingresos, existen diferencias importantes entre ellos. En el quintil más alto de ingresos hay 54% de personas que no se sienten protegidas financieramente, mientras que en los dos primeros quintiles esta cifra está por sobre el 80%.
- El ítem de medicamentos, es el más relevante dentro del gasto de bolsillo de los hogares. Las personas del primer quintil son aquellos que sufren más esta carga, dado que el 49% de quienes pertenecen a este grupo tuvo problemas para comprar medicamentos por su alto costo.
- Uno de los problemas principales en el sistema de salud público son las listas de espera donde el 68% de las personas lleva esperando más de un año para la atención con un especialista y el 76% lleva esperando más de un año para una intervención quirúrgica.
- El 54% de las personas del primer quintil de ingresos que tuvo atención con un especialista, reportó haber tenido problemas para tener una hora de atención.
- El 45% de las personas de los dos primeros quintiles que tuvo intervenciones quirúrgicas, tuvo problemas para conseguir una hora para una operación.

¹ Investigador del Observatorio del Contexto Económico de la Universidad Diego Portales (OCEC UDP)

² Académica del Departamento de Economía de la FEE-UDP y Directora del Magíster en Políticas Públicas de la Universidad Diego Portales.

I. Introducción

En el contexto actual, dónde la discusión sobre el sistema de salud ha sido uno de los temas más importantes en el debate público, es importante recalcar la estrecha relación que existe entre el acceso a los cuidados de salud y el sistema de seguridad social. En efecto, la salud abarca cinco de las nueve aristas de la seguridad social: i) Protección de la maternidad, ii) Prestaciones por enfermedad, iii) Asistencia médica, iv) Prestaciones por invalidez y v) Protección por accidentes de trabajo.

En primer lugar, es importante recordar la definición general de seguridad social: ésta es concebida como un concepto amplio que pretende integrar un conjunto de medidas orientadas a mitigar y aliviar las posibles contingencias que se presentan a lo largo del ciclo vital y que ponen en riesgo la integridad física y/o la seguridad económica de los hogares. La seguridad social determina los principios que deben regir la prestación de servicios, esenciales para la población y está reconocida como un derecho humano fundamental en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y Culturales de 1996 y en otros instrumentos fundamentales de las Naciones Unidas sobre los derechos Humanos (OIT, 2021).

Al respecto, Chile establece en la constitución de 1980, actualmente vigente, en el capítulo III, que trata de los Derechos y Deberes Constitucionales, artículo 19 No. 18 que se asegura a todas las personas: *“El derecho a la Seguridad Social. Las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado. La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias. El Estado supervigilará el adecuado ejercicio del derecho a la Seguridad Social”*. Específicamente en términos de salud, esto se complementa con el No.9 del mismo artículo que señala que el estado garantiza *“El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la*

que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”.

A modo de resumen, la actual Constitución establece a la Seguridad Social como un derecho de las personas, y cita explícitamente el derecho a la protección de la salud donde el Estado se establece como regulador general, garante de prestaciones básicas y fiscalizador del sistema. Adicionalmente, establece la posibilidad de la participación de entidades privadas en la operación del sistema.

El presente documento presenta un diagnóstico del sistema de salud en Chile con respecto al reto que representa garantizar la protección financiera en Salud y algunos otros desafíos que enfrenta actualmente el sistema de salud en Chile. Esto, a la luz de los resultados entregados por datos administrativos y por encuestas recientes con representatividad nacional, reflejando la perspectiva de los usuarios del sistema de Salud Chileno, los derechohabientes del citado derecho constitucional. Finalmente, se plantea una serie de lineamientos que buscan contribuir a lograr la seguridad universal en salud, tanto financieramente como de acceso efectivo a servicios de calidad, para todos los ciudadanos y ciudadanas independientemente de sus niveles de ingreso, situación geográfica, o proveedor de servicios de salud.

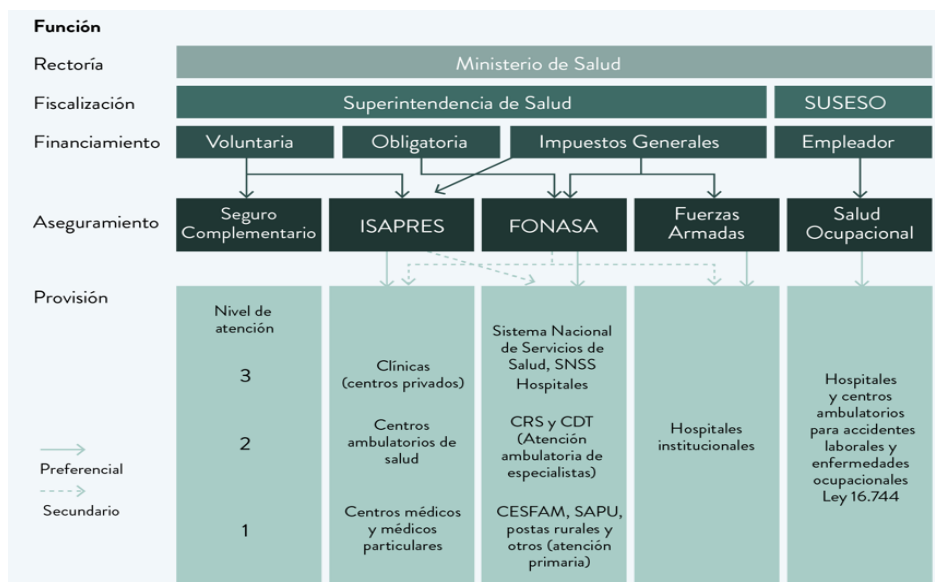
II. Estructura del Sistema de Salud en Chile

El sistema de salud en Chile está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y por otra parte, uno privado denominado Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Adicionalmente, existe un tercer grupo de instituciones que proveen aseguramiento en salud que corresponden a las Fuerzas Armadas y otros seguros no contemplados en los casos anteriores (Figura 1).

Dentro de los tres grupos de instituciones proveedoras de servicios de salud, históricamente el seguro público es el más grande en cuanto a cobertura, atendiendo cerca del 80% de la población en Chile (Figura 2). En 2020, el número de beneficiarios

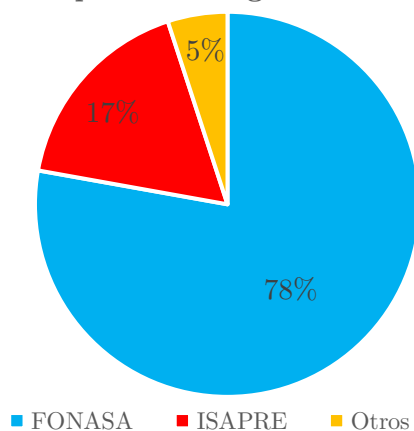
de FONASA ascendió a 15.142.528³, representando 78% de la población, mientras que en el caso de los seguros privados, los asegurados llegan a 3.339.226⁴.

Figura 1
Estructura del Sistema de Salud en Chile



Fuente: Escuela de Salud Pública (2018).

Figura 2
Distribución de la población según cobertura institucional 2020



Fuente: Elaboración propia en base a datos de FONASA, Superintendencia de Salud y proyecciones poblacionales del INE.

³ Datos extraídos del portal de datos abiertos de FONASA: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario>.

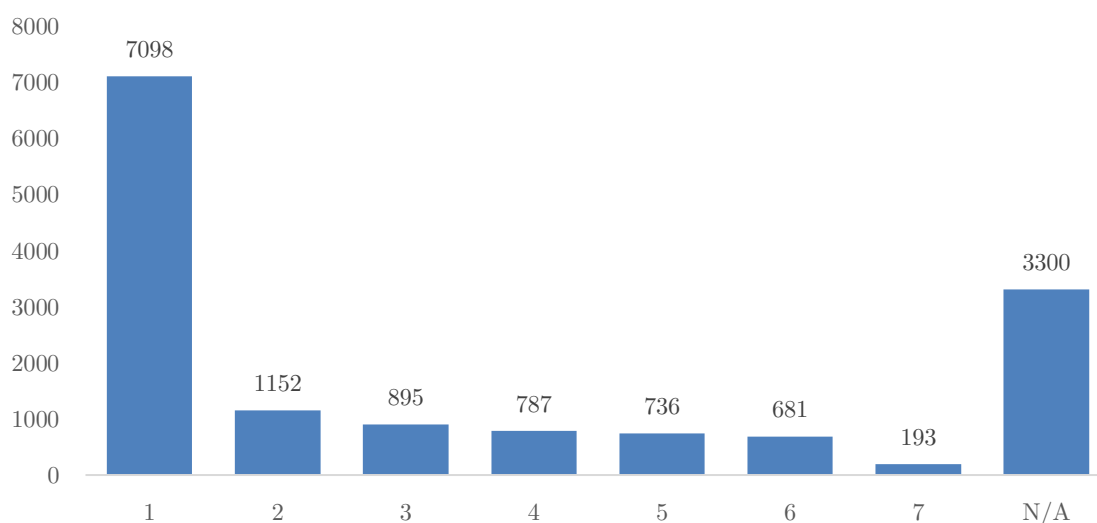
⁴ Datos extraídos de la Superintendencia de Salud: <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-20028.html>

Respecto al perfil socioeconómico de los afiliados, se puede advertir que, en general, el sistema público concentra a los afiliados con mayores riesgos tanto financieros como de salud. Por ejemplo, según datos de la EPS 2015, FONASA tenía un porcentaje de adultos mayores tres veces mayor que las ISAPREs, y una prevalencia 8% mayor de afiliados con 1 o más enfermedades crónicas. (Escuela de Salud Pública, 2021)⁵.

Adicionalmente, respecto al perfil socioeconómico, se puede advertir que el 61% de la población afiliada a FONASA que declaró ingresos se encuentra en los cuatro primeros deciles de ingreso (Tramo 1) mientras que menos del 2% pertenece al decil más alto (Tramo 7)⁶ (FONASA, 2020).

Figura 3

Población asegurada por FONASA por tramo de Calificación Socioeconómica (Miles de Personas)



Fuente: Elaboración propia en base a FONASA (2020).

⁵ Presentación realizada por el Dr. Cristóbal Cuadrado N. a la Comisión de Salud del Senado el 4 de enero de 2021. Disponible en: https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=10672&tipo_doc=docto_comision

⁶ Los tramos de la Calificación Socioeconómica del Registro Social de Hogares están establecidos de la siguiente forma según porcentaje de ingreso: Tramo 1 (T1): 0% - 40%, T2: 41% - 50%, T3: 51% - 60%, T4: 61% - 70%, T5: 71% - 80%, T6: 81% - 90%, T7: 91% - 100%

III. Financiamiento del Sistema de Salud en Chile

Uno de los puntos clave en materia de salud es el financiamiento de la misma. El sistema de salud en Chile en 2019 utilizó recursos equivalentes a 9,3% del PIB, cifra que se encuentra por encima del promedio de los países de la OCDE (8,8%)⁷. Por otro lado, el gasto per cápita en salud para 2020 fue de 2.232 USD per cápita, monto que representa cerca del 50% del promedio de la OCDE (Tabla 1).

Tabla 1. Financiamiento en Salud. Comparación Chile vs Promedio OCDE (2020)

Indicador	Chile	OCDE
Gasto Respecto al PIB	9,4%	8,8%
Gasto per cápita en salud.	2.232 USD	4.206 USD
% Gasto en salud de regímenes estatales	63%	77%
% Gasto voluntario	6%	6%
% Gasto de bolsillo	31%	17%

Fuente: Elaborado en base a datos de la OCDE.

Este financiamiento proviene principalmente de tres fuentes: i) Regímenes estatales y contributivos obligatorios de financiamiento de salud, ii) Regímenes de pago voluntario (distintos a los de gasto de bolsillo) y iii) Gasto de bolsillo de los hogares.

El primero de estos incluye a todos los regímenes destinados a garantizar el acceso a la asistencia de salud a toda la población o al menos a algunos grupos vulnerables. Por ello, incluye a los regímenes gubernamentales, seguro social de enfermedades y cuentas de ahorro médicas obligatorias. En el caso de Chile, esto se asocia a las cotizaciones obligatorias en salud, ya sea en FONASA o ISAPREs.

Respecto a los regímenes de pago voluntario, estos incluyen a todos los sistemas nacionales de financiamiento pre-pagados en los que el acceso a los servicios de salud queda a discreción de los agentes privados, es decir, los seguros de salud voluntarios, sistemas financiados por las empresas, y sistemas de las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLH). En el caso de Chile, esto se asocia

⁷ La cifra para Chile en 2020, fue 9,4% del PIB. Sin embargo, varios países del bloque de la OCDE no cuentan con información para obtener el promedio de este grupo.

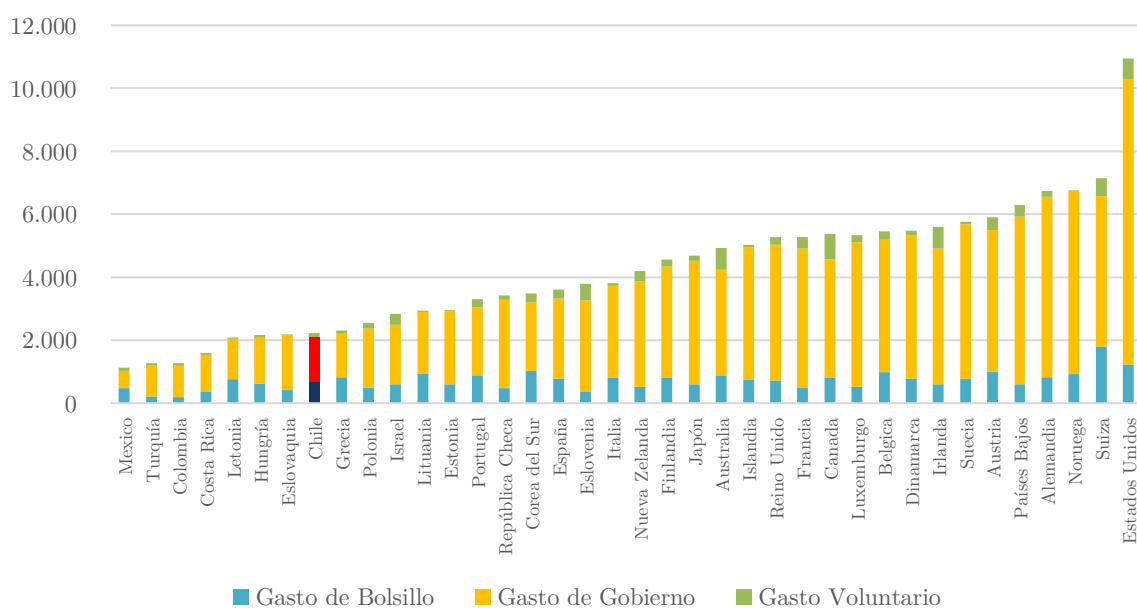
a instrumentos como los seguros complementarios y otras formas de seguros voluntarios.

Finalmente, el gasto de bolsillo de los hogares también se considera un mecanismo de financiamiento. Su principal característica es ser un pago directo por los servicios de salud a partir de los ingresos primarios o los ahorros del hogar (no intervienen terceros) al momento de utilizar los servicios de salud. De esta forma, este componente refleja la carga que los costos médicos imponen de manera directa sobre el presupuesto de los hogares (OCDE, 2017).

Tomando como referencia a los países de la OCDE, la Tabla 1 muestra que la proporción del gasto público en salud en Chile financiada por cotizaciones obligatorias es 14% menor que el promedio de la OCDE, mientras que el gasto voluntario es similar. Ello implica que la proporción del gasto en salud financiada con gastos de bolsillo es 14% más alta en Chile que en el promedio OCDE, acercándose a un tercio del gasto total. De hecho, la carga financiera en salud de los hogares en Chile es mayor que en la mayoría de los países OCDE (Figura 4), siendo solo superada por México, Letonia, Grecia y Lituania.

Figura 4

Gasto per cápita en salud (USD)- 2020*



Fuente: Elaborado en base a datos de la OCDE.

* Corresponde al dato de 2020 o al último dato disponible.

IV. Carga financiera de la salud en los hogares de Chile

Un análisis comprehensivo de la composición del financiamiento del gasto agregado en salud, debe de tomar en cuenta la carga financiera y el riesgo que representa el gasto en salud para los presupuestos familiares.

En efecto, la política de financiamiento de la salud afecta directamente a la protección financiera de los hogares. Para que los incidentes de salud o las condiciones crónicas no pongan en dificultades financieras ni amenacen el nivel de vida de las personas afectadas, es necesario garantizar el pago anticipado y el acceso a un fondo colectivo de aseguramiento, en lugar de depender de la capacidad de pago de bolsillo de las personas al momento de usar los servicios de salud. Es decir, la protección financiera del riesgo en salud requiere de un aseguramiento efectivo.

En el caso de Chile, se puede advertir que el nivel de gasto en salud de los hogares es relativamente elevado. Según datos de la OCDE, el 14,6% de la población gasta más del 10% de su presupuesto como gasto de bolsillo en salud mientras que el promedio para los países de la región es de 7,8% y 6% para los países OCDE (OCDE/The World Bank, 2021). Asimismo, Bruzzo et al. (2018) encontraron que el gasto en salud se concentra en algunos hogares ya que el 20% de los hogares que más gasta concentra el 80% del gasto en salud. Adicionalmente, es importante mencionar que para el 4,1% de los hogares de Chile el gasto de bolsillo se vuelve gasto catastrófico⁸, al representar en promedio 35% de sus ingresos disponibles.

Estos hechos estilizados son coherentes con los resultados encontrados en la última Encuesta de Bienestar Social (EBS) de 2021. En el módulo de salud, se les realiza a los encuestados la siguiente pregunta: “*Frente a un problema importante de salud, ¿cuán protegido(a) se siente financieramente?*”.⁹ Las respuestas sugieren, que el 74% de la población declara no sentirse protegido financieramente ante un problema de salud. Sorprendentemente, y acorde a lo encontrado por Bruzzo et al. (2018), el sentimiento es transversal a la posición económica de los encuestados:

⁸ Se define como Gasto Catastrófico en Salud aquel gasto de bolsillo que rebasa cierto umbral (30% o 40%) con respecto a la capacidad de pago del hogar (ingresos totales menos gasto en alimentos).

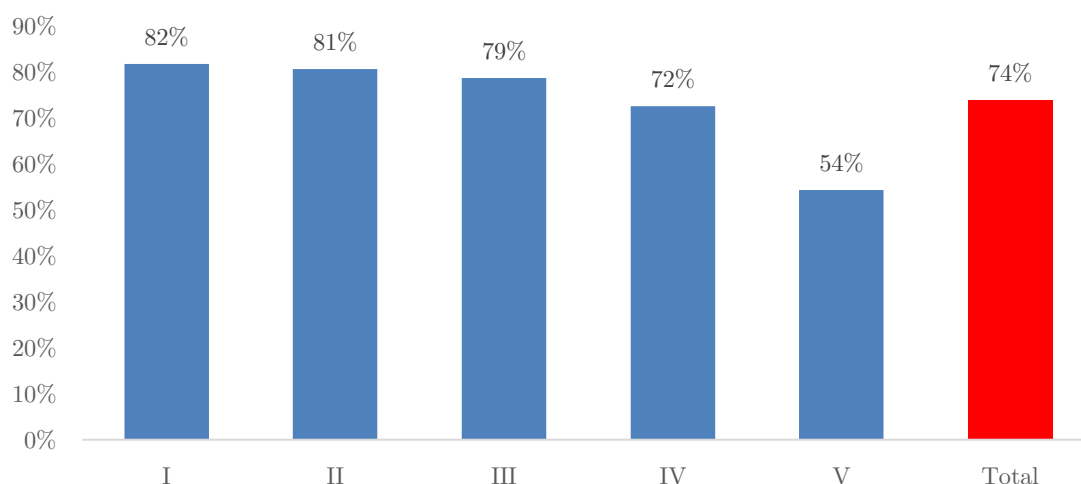
⁹ Para esta pregunta, la EBS presenta cinco posibilidades de respuesta. Por motivos de simplicidad se considera “Protegido” a aquellas personas que respondieron en la encuesta sentirse “Protegidas” o “Muy Protegidas”. El resto de opciones fueron agregadas en la opción “No Protegidas”.

incluso en el quintil más alto de ingresos, un 54% de las personas declara no sentirse protegida financieramente, una característica muy singular del caso chileno.

Lo que estos datos indican es que la mayoría de los hogares en Chile, de manera transversal en sus niveles de ingreso, perciben el cuidado de la salud como un riesgo financiero latente contra el cual no se consideran protegidos. Independientemente de las formas de provisión que tome el sistema de salud público o privado, disminuir el grado de exposición de los hogares al riesgo financiero en salud disminuyendo la fracción del financiamiento del gasto en salud cubierto por el gasto de bolsillo se impone como una prioridad para todo proyecto de gobierno futuro.

Figura 5

% de población que declara que no se siente protegida financieramente frente a un problema de salud, por quintil de ingreso autónomo



Fuente: Elaboración Propia en base a los resultados de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

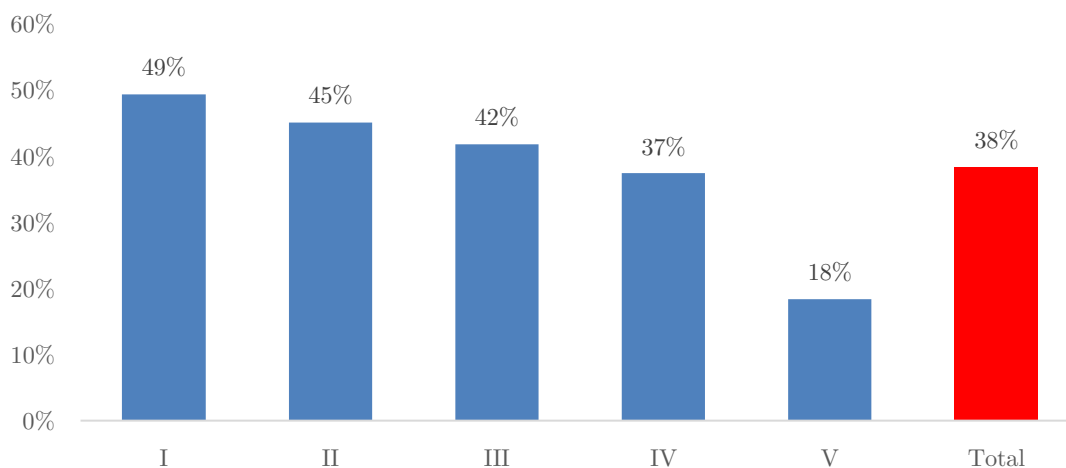
Otra arista del gasto en salud de los hogares que se confirma con los resultados de la EBS, es la carga de la compra de medicamentos. De acuerdo a la VIII Encuesta de Presupuestos Familiares (INE, 2018), aproximadamente la mitad de los hogares incurren en gasto en medicamentos (53,4%), y para aquellas familias que adquieren medicamentos por sus propios medios, el gasto en medicamentos representa, en promedio, más de la mitad de su gasto de bolsillo en salud (55,3%). En efecto, en Chile, el principal ítem del gasto total de bolsillo en salud es el de medicamentos (38%).

Por un lado, entre los hogares que compran medicamentos, los hogares de mayores recursos representan una mayor proporción y tienden a gastar más en fármacos que los hogares de menores recursos. Pero por el otro lado, la carga financiera del gasto de bolsillo en medicamentos es altamente regresiva: para el primer decil de ingresos este gasto llega a representar cerca de la mitad de su presupuesto (44,55%) (Benitez, et al., 2019).

Con respecto a este tema, la EBS les pregunta a los encuestados: “*Cuando ha requerido medicamentos, ¿ha tenido problemas para poder pagarlos por su alto costo?*”. En este caso, se puede observar que en los quintiles de más bajos ingresos cerca de la mitad de la población tiene problemas para cubrir el costo de los medicamentos que requieren adquirir. El funcionamiento del mercado de medicamentos de Chile es otro tema relevante por la necesidad de disminuir la cantidad de personas que no pueden acceder a sus medicamentos prescritos por un problema de capacidad de pago. Por un lado, en la mayoría de los casos éstos son productos esenciales para la funcionalidad y la sobrevivencia de calidad de las personas, y por el otro, la demanda por medicamentos asociados al control de enfermedades crónicas degenerativas seguirá creciendo.

Figura 6

% de la población que tuvo problemas para comprar medicamentos por su alto costo, por quintil de ingreso autónomo



Fuente: Elaboración Propia en base a los resultados de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

V. Desafíos pendientes del sistema de salud público

En esta sección abordaremos algunos de los múltiples desafíos que enfrenta actualmente el sistema de salud público en Chile. Como se vio en la sección III, Chile gastó 9,3% del PIB en Salud en 2019, situándose por encima del promedio del gasto de los países de la OCDE, incluso en años previos a la pandemia. Sin embargo, se evidencia que Chile adolece de un rezago respecto a la disponibilidad de recursos, tanto humanos como de infraestructura. En la Tabla 2, se presenta la disponibilidad de personal médico, de enfermería, y de especialistas en psiquiatría, por cada mil habitantes en Chile.

Tabla 2
Disponibilidad de recursos por cada 1.000 habitantes:

	Chile	OCDE	ALC
Médicos	2,5	3,5	2,0
Personal de enfermería	2,7	8,8	2,8
Camas	2,1	4,7	2,1
Psiquiatras	7	16,8	3,4

Fuente: Elaboración Propia en base a OCDE/The World Bank (2020).

En términos de la disponibilidad de recursos humanos, médicos, personal de enfermería y psiquiatras, así como camas por cada mil habitantes, estamos relativamente igual o por encima del promedio de los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, la situación es distinta si nos comparamos a los países de la OCDE: los países de la OCDE tienen un médico más por cada mil habitantes respecto de Chile; la disposición de camas por cada mil habitantes en Chile es menos de la mitad que el promedio OCDE, 2,1 vs 4,7; y con respecto al personal de enfermería, el promedio de los países de la OCDE más que triplica los niveles de Chile, 8,8 vs 2,7. Si bien los países de la OCDE, en su mayoría, tienen un ingreso per cápita mucho mayor que el de Chile, sus indicadores no dejan de ser un punto de referencia para identificar las áreas de mayor rezago.

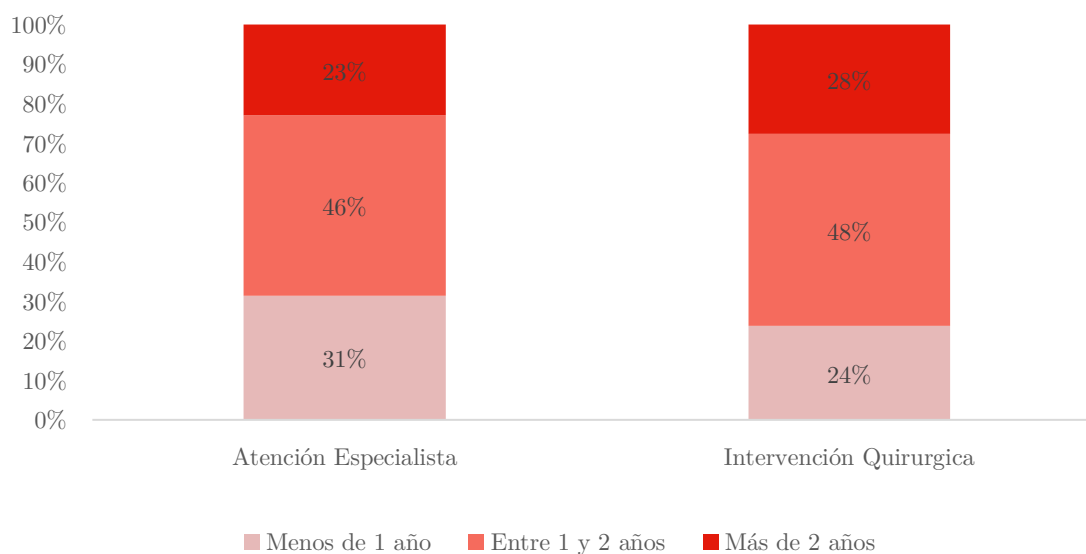
Por ejemplo, dado la reciente puesta en valor de la salud mental como componente del bienestar social y el marcado deterioro en la salud mental de la población chilena, es notorio el rezago relativo que tiene Chile en términos del número de psiquiatras disponibles por cada mil habitantes. Mientras que el país presenta solamente 7 psiquiatras por cada mil habitantes, los países de la OCDE en promedio cuentan con 16,8. En Chile, la fracción que representan las licencias por trastornos mentales del total de las licencias médicas procesadas pasó de 22,9% en 2018 a 28,7% en 2020 y es probable que este aumento esté en parte limitado por la relativa escasez de los servicios de acompañamiento psiquiátrico (SUSESO, et al. 2021).

Todos estos indicadores repercuten directamente en el bienestar de la población y se reflejan en el diario vivir de los usuarios de los sistemas de salud. Estas carencias respecto a los países desarrollados se evidencian, por ejemplo, en las listas de espera para recibir los servicios médicos especializados. A marzo de 2021, para aquellos problemas de salud que no son incluidos en el AUGE, 1.932.422 personas estaban inscritas en alguna lista de espera para una consulta con un especialista en el sistema público. Por su parte, la lista de espera para intervenciones quirúrgicas asciende a 291.206 pacientes.

Desagregando estas listas de espera por el tiempo de espera, los resultados son alarmantes. En el caso de la lista de espera para una consulta de especialidad, el 68% de los pacientes llevan esperando más de un año mientras que el 23% lleva esperando más de dos años. Por otro lado, en lo que respecta a intervenciones quirúrgicas, el 76% de los pacientes lleva esperando más de 1 año y el 28% más de 2 años. Estos resultados son realmente preocupantes y se reflejan a su vez en el malestar que manifiesta la sociedad respecto al sistema de salud de Chile.

Figura 7

Distribución de los tiempos de espera según tipo de especialidad

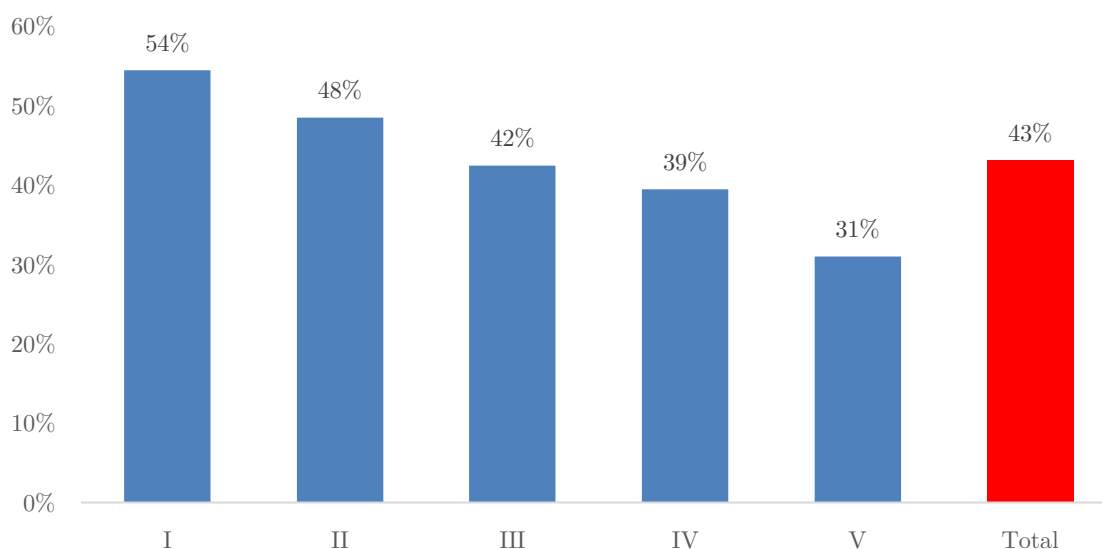


Fuente: Elaboración Propia en base a datos administrativos del Ministerio de Salud (2021).

Adicionalmente, los resultados de la EBS indican que las personas de menores recursos son las que más tienen problemas para acceder a atenciones de especialistas y a intervenciones quirúrgicas. Respecto a si las personas tuvieron problemas para acceder a una cita con el especialista se les consulta: *“Pensando en sus últimas atenciones de salud, cuando lo ha requerido, ¿ha tenido problemas para conseguir una hora con un médico especialista?”*. Los resultados sugieren que, en promedio, de las 12.915.936 de personas que requirieron una hora con un especialista, 43% tuvo problemas para conseguir una hora con el médico correspondiente. Sin embargo, al desagregar estos resultados por quintil de ingreso autónomo, se puede observar que para las personas el primer quintil más de la mitad se enfrentó a este problema y, a pesar de que para el quintil de más altos ingresos el porcentaje es menor, se puede evidenciar que para este segmento 1 de cada 3 personas tiene problemas para obtener una cita con el especialista (Figura 8).

Figura 8

% de personas que tuvieron problemas para obtener una cita con un especialista, por quintil de ingreso autónomo



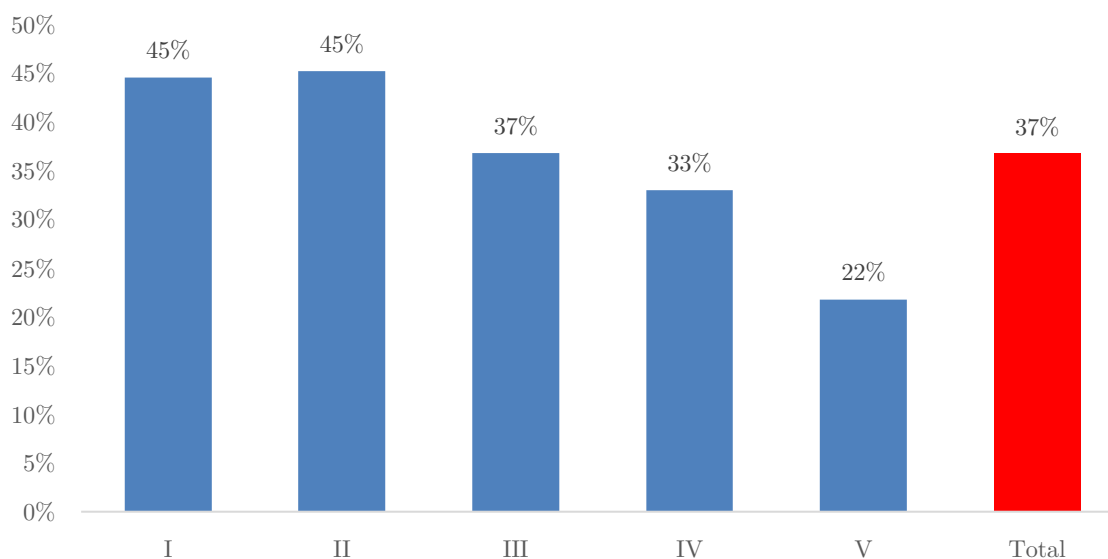
Fuente: Elaboración Propia en base a los resultados de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

Respecto a las atenciones quirúrgicas, la EBS pregunta “*Nuevamente pensando en sus últimas atenciones de salud, cuando lo ha requerido, ¿ha tenido problemas para conseguir una hora para una operación?*”. En este caso, de 6.668.703 de personas que requirieron una intervención quirúrgica, 37% presentaron problemas para conseguir una hora para la operación. Al igual que el anterior caso, los problemas se agudizan en los primeros quintiles donde las para las personas del quintil I y II se evidencia que el 45% de los pacientes tuvieron problemas para conseguir una hora para una operación (Figura 9).

Estos resultados van de la mano con lo expuesto anteriormente e invitan a reflexionar sobre algunos de los desafíos del sistema de salud público que está afectando seriamente a la población en su conjunto, dado que, por falta de gestión en el sector público en salud, la población no está llegando a ser efectivamente cubierta y, por tanto, el estado no está cumpliendo su mandato constitucional de asegurar la provisión de salud considerando su status de derecho humano para la totalidad de la población.

Figura 9

% de personas que presentaron problemas para conseguir una hora para operación, según quintil de ingreso autónomo



Fuente: Elaboración Propia en base a los resultados de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

VI. Lineamientos sugeridos para transitar hacia un sistema de salud con seguridad universal en salud

Finalmente, se plantean una serie de lineamientos que buscan contribuir a lograr la seguridad universal en salud, tanto financieramente como de acceso efectivo a servicios de calidad, para todos los ciudadanos y ciudadanas independientemente de sus niveles de ingreso, situación geográfica, o proveedor de servicios de salud. Dichos lineamientos representan consensos transversales a la luz de la experiencia de distintos países del mundo, entregados por organismos internacionales, en particular, la Organización Mundial de la Salud.

Buscar una cobertura sanitaria universal tiene el doble propósito de garantizar el acceso a servicios de salud y de proteger a la población en contra del riesgo financiero en salud. En efecto, la protección financiera en salud es una de las dimensiones que permite evaluar el desempeño de los sistemas de salud y que claramente debe mejorarse para el caso de Chile. Como lo menciona la OMS (2020), *“La clave para proteger a las personas es garantizar el pago anticipado y la puesta*

en común de recursos para la salud, en lugar de depender de que las personas paguen de su bolsillo los servicios de salud en el momento de su uso.”. Para evitar el riesgo financiero por gastos en salud, que se acompaña implícitamente con el riesgo de quedar excluido de los servicios requeridos por incapacidad de pago, es necesario que el financiamiento de los servicios de salud utilizados por cada persona se realice a través de un mecanismo de aseguramiento completo, independientemente de si la puesta en común de los recursos la realiza con el sector público o privado.

Es decir, no basta con que toda la población esté asegurada en algún grado. Lo que las políticas públicas deben de contemplar son mecanismos que permitan garantizar una cobertura efectiva contra los principales riesgos en salud que representan potenciales gastos catastróficos para las economías de los hogares. Se entiende por cobertura efectiva el que la carga del copago realizado con gasto de bolsillo no comprometa ni el acceso a los servicios ni la integridad financiera de los hogares y el que el servicio requerido realmente esté disponible para el usuario.

Un paso necesario para alcanzar ese objetivo es el establecimiento de un plan mínimo garantizado, donde se cubran los eventos de salud tanto transitorios (accidentes) como permanentes (diagnósticos de enfermedades crónico degenerativas) que representan las mayores fuentes de riesgo en salud. La creación del plan mínimo garantizado evita la adquisición de planes de aseguramiento incompleto por motivos de capacidad de pago. Esta propuesta llega a estar alineada con la Recomendación No. 202 de la Organización Internacional del Trabajo, donde se establece un piso mínimo de cobertura para todas las personas y luego garantizar niveles de protección más elevados para el mayor número de personas posible (OIT, 2020).

Una ventaja del plan mínimo garantizado es que le traspasa al estado regulador la tarea de asegurarse que cualquiera que sea el plan contratado o el asegurador contratado, ya sea público o privado, los afiliados tengan cubierto un mínimo del riesgo al que están expuestos, reduciendo la incertidumbre que enfrentan. La asimetría de la información tiene un alto costo en eficiencia. Uno de los problemas que se presenta actualmente, es que las personas afiliadas a ISAPRES, no conocen la cobertura efectiva de su plan. En otras palabras, se conocen los montos tope de los planes, pero no se sabe, por ejemplo, cuál es el gasto promedio que implica la atención de cada enfermedad cubierta, por lo que las personas, al final del día, descubren cuánto tienen que pagar solamente al momento de su evento de salud. Un

resultado relacionado a ésta asimetría de información entre usuarios y aseguradores es que la fracción promedio del costo total de las hospitalizaciones pagada por gasto de bolsillo de los afiliados a las ISAPRES se ha incrementado entre 2002 y 2017 y muchos usuarios terminan transitando fuera del sistema de ISAPRES (León, 2018). Dado esto, sería necesario que todo plan de aseguramiento limite o excluya los copagos de intervenciones potencialmente catastróficas dentro del plan mínimo manteniéndolos solamente en el marco de la utilización de servicios no urgentes con una mayor elasticidad de precio en su demanda.

Otra medida de acompañamiento que reduciría el gasto de bolsillo, sería el disminuir el costo de búsqueda de información sobre los proveedores de cada servicio, exigiendo la publicación del listado de precios de proveedores por intervención ya que para una misma intervención existe una enorme variación de precios, no siempre justificable por diferencias en la calidad del servicio (Olivares-Tirado & Salazar, 2016). Así mismo, dada la carga que representa la compra de medicinas en el gasto de bolsillo los futuros gobiernos deberán considerar centralizar la compra de medicamentos para obtener precios más bajos en los mercados internacionales, promover el uso de bioequivalentes, y vigilar y castigar comportamientos de colusión industrial.

Por otra parte, uno de los legados positivos de la pandemia fue la aceleración de la digitalización y la urgencia que le impuso a la innovación tecnológica en términos de la atención médica: la telemedicina, las aplicaciones que facilitan el triage y seguimiento de pacientes, la creación de un historial médico digital accesible por el personal médico de distintos niveles de atención son sólo algunas de las campos en dónde la tecnología podría ayudar a incrementar la capacidad de atención del sistema de salud público.

Finalmente, dentro de las estrategias de reducción de riesgo financiero en salud, tiene cabida la reducción del riesgo de sufrir choques negativos en la salud misma y aquí el papel que juega la Atención Primaria en Salud (APS) es central. La APS debe de ser fortalecida con personal, y recursos, reconociendo su centralidad en la promoción de la Salud y la prevención de problemas crónicos de salud.

Referencias

- Benítez A., Hernando A., Velasco C. (2019). *Gasto de Bolsillo en Salud: Una mirada al gasto en medicamentos* Centro de Estudios Públicos.
- Bruzzo S., Henríquez J., Velasco C. (2018). *Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile*. Centro de Estudios Públicos.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2018). *Informe de Principales Resultados. VII Encuesta de Presupuestos Familiares*. Departamento de Presupuestos Familiares
- Escuela de Salud Pública (2018). *Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile*. Universidad de Chile
- Escuela de Salud Pública (2021). *Reforma al Sistema Nacional de Salud. La necesidad de una reforma estructural*. Universidad de Chile
- FONASA (2020). *Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita*. Departamento de Estudios y Estadísticas.
- León A. (2018). *Dinámica de afiliación entre cotizantes del sistema ISAPREs en Chile. Segunda Parte: Relación entre gastos en salud, cobertura y dinámica de afiliación a ISAPREs*. Seminario de Investigación de la SuperIntendencia de Salud.
- Ministerio de Salud (2021). *Glosa 06. Lista de espera No GES y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas. Ley de Presupuesto No. 21.289*. Gobierno de Chile,

- OCDE/The World Bank (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, Paris,
- OCDE, Eurostat and World Health Organization (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris.
- Olivares-Tirado P., Salazar E. (2016). *Diferencias y Heterogeneidad en los Precios de un Conjunto de Prestaciones en Prestadores Privados de la Región Metropolitana*. Documento de Trabajo. Superintendencia de Salud.
- Organización Internacional del Trabajo (2021) – *World Social Protection Report 2020 – 2022. Social Protection at the crossroads – in pursuit of a better future*.
- Organización Internacional del Trabajo (2020). *Seguridad Social 2020 – 2030: Experiencias y Expectativas*. 1er Foro Internacional de Seguridad Social.
- Superintendencia de Seguridad Social, Fondo Nacional de Salud, Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, Superintendencia de Salud (2021). *Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral 2020*.

